

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DES ABCÈS DE LA PROSTATE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 25 Juillet 1938

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RAVAULT (JEAN-LOUIS)

Diplômé d'Hygiène

Né le 21 Mai 1912, à SALINS-LES-BAINS (Jura)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM. ANDRÉ, Professeur . . .	Président
		LUCIEN, Professeur . . .	Juges
		BODART, Agrégé . . .	
		CHALNOT, Agrégé . . .	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties
de l'enseignement médical

NANCY
IMPRIMERIE LORRAINE, RIGOT & C^{ie}

1938



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DES ABCÈS DE LA PROSTATE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 25 Juillet 1938

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RAVAULT (JEAN-LOUIS)

Diplômé d'Hygiène

Né le 21 Mai 1912, à SALINS-LES-BAINS (Jura)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	}	MM. ANDRÉ, Professeur . . .	Président
		LUCIEN, Professeur . . .	Juges
		BODART, Agrégé . . .	
		CHALNOT, Agrégé . . .	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties
de l'enseignement médical

NANCY
IMPRIMERIE LORRAINE, RIGOT & C^e

1938

UNIVERSITE DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. L. SPILLMANN, C *, I O.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, *, I O ; WEISS, O *, I O ;

BOUIN, O *, I O ; ANCEL, *, I O ; GARNIER, *, I O ;

MACÉ, *, I O ; P. PARISOT, O *, I O ; M. DUFOUR, *, I O.

HOCHE, O *, I O ; FROELICH, *, I O ; LAMBERT, *, I O.

Professeurs :

Clinique des malad. syphilit. et cutanées.	M. L. SPILLMANN, C *, I O.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. FRUINSHOLZ, O *, I O.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	M. P. JACQUES, *, I O.
Clinique de chirurgie urinaire.....	M. P. ANDRÉ, O *.
Histologie.....	M. R. COLLIN, *, I O.
Anatomie descriptive.....	M. M. LUCIEN, O *, I O.
Clinique médicale.....	M. L. RICHON, *, I O.
Chimie médicale.....	M. H. ROBERT, *, I O.
Clinique médicale.....	M. M. PERRIN, *, I O.
Hygiène et médecine préventive.....	M. J. PARISOT, C *, I O.
Clinique chirurgicale.....	M. HAMANT, *, I O.
Clinique ophtalmologique.....	M. P. JEANDELIZE, *, I O.
Physiologie.....	M. SANTENOISE, *, I O, A O.
Clinique des maladies des enfants....	M. L. CAUSSADE, *, I O.
Bactériologie et parasitologie médicale.	M. DE LAVERGNE, *, I O.
Thérapeutique.....	M. SIMONIN, I O.
Clinique gynécologique.....	M. BINET, *, I O ;
Pathologie chirurgicale.....	M. M. BARTHELEMY, *, I O.
Hydrologie.....	M. MERKLEN, I O.
Anatomie pathologique.....	M. WATRIN, *, I O.
Professeurs sans chaire.....	M. L. JOB, *, I O.

Chargés de Cours complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses...	{ M. ABEL, *, I O, agrégé.
Pathologie générale.....	{ M. P. SIMONIN, I O, professeur.
Clinique gynécologique.....	M. DROUET, I O, agrégé.
Thérapeutique chir. et technique opérat.	M. A. BINET, *, I O, professeur.
Clinique des maladies contagieuses...	M. GUILLEMIN, A O, agrégé.
Clinique des vieillards.....	M. DE LAVERGNE, *, I O, professeur.
Propédeutique dermatologique.....	M. DROUET, I O, agrégé.
Médecine opératoire.....	M. WATRIN, *, I O, prof.
Electrothérapie et radiologie.....	M. M. BARTHELEMY, *, I O, prof.
Accouchements (cours théorique).....	M. G. LAMY, *, I O, ch. du c. ag. lib.
Obstétrique.....	M. JOB, *, I O, professeur sans chaire.
Clinique et propédeutique chirurg.	M. VERMELIN, *, I O, agrégé.
Clinique propédeutique médicale.....	M. CHALNOT, agrégé.
Anatomie et Médecine légale.....	M. KISSEL, agrégé.
Pathologie interne.....	M. MUTEL, *, I O, agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	M. ABEL, *, I O, agrégé.
Education physique (1).....	M. HAMEL, *, docteur.
Clinique neurologique (1).....	M. L. MERKLEN, A O, professeur.
Propédeutique O.-R.-L. (1).....	M. MICHON, docteur.
Parasitologie.....	M. AUBRIOT, docteur.
	M. DOMBRAY, docteur.

Agrégés en exercice :

M. FLORENTIN, O.	M. MELNOTTE, O *.	M. GUILLEMIN, A O.
M. BODART.	M. MUTEL, *, I O.	M. ABEL, *, A O.
M. CHALNOT.	M. VERMELIN, *, A O.	M. DROUET, A O.
M. WOLFF, A O.		M. KISSEL.

Agrégés libres

MM. G. GROSS, *, I O ; S. RÉMY, I O ; BUSQUET, I O.

LAMY, *, I O ;

M. E. TRIBOLET, I O, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
LE CAPITAINE RAVALT

Mort pour la France

A MA MÈRE

Hommage de tendresse filiale et de reconnaissance.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDRÉ

Professeur de Clinique de Chirurgie urinaire
Officier de la Légion d'honneur

A MES JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LUCIEN

Professeur d'Anatomie descriptive
Officier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BODART

Chargé de la Clinique chirurgicale infantile

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHALNOT

Chargé de la Clinique
et du Cours de propédeutique chirurgicales

PREMIÈRE PARTIE

GÉNÉRALITÉS SUR LES ABCÈS DE LA PROSTATE

CHAPITRE PREMIER

RAPPEL ANATOMIQUE

1° La *prostate* se trouve située dans la partie inférieure de la loge antérieure de l'excavation pelvienne, au-dessus de la vessie et de l'aponévrose moyenne du périnée.

2° La *loge prostatique* est constituée par la symphyse pelvienne en avant, l'aponévrose prostatopéritonéale en arrière, les muscles releveurs de l'anus latéralement, le feuillet supérieur de l'aponévrose périnéale moyenne en bas; enfin, en haut, par les ligaments pubo-vésicaux et le col de la vessie.

Entre les parois de la loge et la prostate se trouve l'espace périprostatique, comblé par le tissu cellulaire périprostatique, parcouru lui-même par le plexus veineux du même nom.

La loge prostatique présente des points faibles siégeant au niveau de son plafond et au niveau de sa paroi postérieure.

Par le plafond, les phlegmons périprostatiques fuseront dans la cavité de Retzius et l'espace rétrovésical.

Par la paroi postérieure, les abcès gagneront la loge rectale et même les fosses ischio-rectales.

Partout ailleurs, et plus particulièrement au niveau de son plancher, la loge prostatique est solidement fermée.

En effet, au niveau du plancher, le diaphragme urogénital qui le constitue est uni sur les côtés aux aponévroses des releveurs et, en arrière, à l'aponévrose prostatopéritonéale.

En arrière, la paroi antérieure du rectum, adhérant au bord postérieur du muscle transverse profond, vient augmenter sur ce point la solidité de la fermeture.

3° L'*urètre prostatique* se trouve, dans la plus grande partie de son étendue, creusé dans l'épaisseur même de la glande. La portion prostatique de l'urètre tire la plus grande partie de son intérêt clinique et opératoire des rapports du conduit avec la glande. C'est en ce point que viennent s'ouvrir souvent les abcès de la prostate.

4° *Constitution anatomique de la prostate.* — Elle est formée de deux éléments bien distincts : un stroma et des éléments glandulaires.

a) Le stroma forme autour de la prostate une sorte de coque à couches concentriques, appelée capsule de Retzius. De la surface intérieure de cette capsule partent des cloisons. Ces cloisons se dirigent vers le centre de l'organe et s'y condensent en une sorte de noyau, le noyau central.

b) *Les éléments glandulaires* se divisent en deux groupes :

α Les glandes périurétrales;

β Les glandes prostatiques proprement dites.

Les glandes périurétrales se trouvent séparées des glandes prostatiques proprement dites par le sphincter lisse du canal. Ce sont donc des glandes intra-sphinctériennes.

Les glandes prostatiques proprement dites forment à elles seules la presque totalité de la prostate. Représentées par trente ou quarante glandes sacculiformes composées, elles sont en dehors du sphincter lisse.

5° Les *voies d'accès* de la prostate : elles sont au nombre de quatre :

La voie intra-urétrale,

La voie rectale,

La voie périnéale,

Et la voie hypogastrique.

La voie rectale et la voie périnéale sont utilisées pour l'ouverture des abcès prostatiques.

CHAPITRE II

DIFFÉRENTES FORMES DES ABCÈS DE LA PROSTATE

Nous les classerons d'abord dans deux catégories, suivant leur origine.

A. — Les abcès primitifs;

B. — Les abcès secondaires ou métastatiques.

A. — Les abcès primitifs siègent au lieu d'origine de l'infection. Suivant leurs caractères cliniques, on distingue :

a) Les abcès aigus;

b) Les abcès chroniques.

a) Les abcès aigus s'observent généralement chez un adulte au cours d'une blennorragie. Le début est brusque, les signes généraux et fonctionnels intenses; ces derniers sont représentés par des troubles de la miction et de la défécation accompagnés de douleurs au périnée. La gravité du pronostic ne peut être mise en doute dans les cas abandonnés à eux-mêmes.

La mort peut survenir par phlegmon diffus, par péritonite ou pyélonéphrite.

Aux abcès aigus nous rattacherons :

Les *formes suraiguës*, qui ont dès leur apparition les allures cliniques de véritables phlegmons, avec état général très grave, et demandent une intervention précoce, et les *formes subaiguës*, dont le début ne s'accompagne pas de réaction générale; ces formes sont marquées seulement par une augmentation de volume de tout ou d'une partie de la glande.

b) Les abcès chroniques surviennent au cours d'une urétrite chronique ou derrière des rétrécissements infectés. Ce sont :

1° Les abcès chroniques avec poussées aiguës. Ces poussées sont de courte durée, et surviennent entre les périodes froides; au cours de celles-ci, qui se manifestent par peu de signes fonctionnels, on trouve au toucher une masse lobulée mal délimitée, sans fluctuation vraie.

Comment se produisent ces suppurations chroniques? Un abcès de la prostate s'ouvre dans l'urètre, soit dans le rectum, soit au niveau du périnée; mais l'orifice se trouve trop étroit, ou bien les cloisonnements de la glande empêchent la libre communication du pus avec l'extérieur. Il en résulte une rétention purulente chronique, avec poussées aiguës chaque fois que la poche se vide.

Cette suppuration chronique expose le malade à la septicémie chronique et ouvre une porte aux infections secondaires; elle est à l'origine des infections urinaires ascendantes et des fistules périnéales ou uréthro-rectales.

2° Les abcès chroniques peuvent survenir aussi chez de vieux prostatiques : ce sont des abcès chroniques à *évolution complètement froide*. Chez les vieux urinaires, les symptômes fonctionnels sont peu accusés. La collection s'enkyste profondément par suite de modifications anatomo-pathologiques provenant du peu de virulence des germes.

Ce sont des cas latents, qui sont découverts souvent par hasard, à la suite d'un toucher rectal.

B. — *Les abcès secondaires ou métastatiques*. — Surviennent au cours d'une septicémie à staphylocoques dont le point de départ est un furoncle ou un anthrax; ce sont des formes aiguës, à pronostic sombre, puisqu'elles signent la généralisation de l'infection.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE DES ABCÈS DE LA PROSTATE

La suppuration de la prostate se rencontre à la suite de furoncles, de plaies infectées et de toutes les infections à staphylocoques.

1° Les *furoncles* et les *anthrax* ne doivent pas être considérés comme des lésions inflammatoires bénignes, car ils sont souvent à l'origine de l'abcès de la prostate. Des observations recueillies dans le service de M. le professeur André, nous avons relevé quatre cas de furunculose parmi les antécédents.

2° Les *plaies infectées* de la prostate occasionnent aussi la suppuration de celle-ci. Les plaies peuvent être chirurgicales ou accidentelles. Dans les deux cas, la plaie atteint la prostate soit par l'hypogastre, soit par le périnée, soit par le rectum.

Les suppurations prostatiques peuvent se produire à la suite d'interventions portant sur la vessie : tailles et lithotrities ou sur la glande elle-même : prostatomies ou prostatectomies.

La plaie peut être faite de dehors en dedans par l'urètre; il s'agit soit de fausses routes, soit de corps

étrangers ou de calculs ayant blessé la muqueuse de l'urètre prostatique.

Ces divers agents sont septiques par eux-mêmes ou se contentent d'inoculer les microbes de l'urètre.

3° Enfin, *toutes les infections à staphylocoques* sont susceptibles de provoquer un abcès de la prostate; au cours d'une infection généralisée à staphylocoques, la prostate sera le siège d'une suppuration métastatique. Le staphylocoque est l'hôte dominant des suppurations de la prostate. Le Fur prétend l'avoir rencontré dans cinquante-six pour cent des cas.

CHAPITRE IV

ÉVOLUTION DES ABCÈS DE LA PROSTATE

La prostate atteinte par l'infection est rapidement le siège de lésions d'où naissent les phlegmons.

Ces phlegmons restent localisés à la prostate :

Ce sont les abcès intra-prostatiques.

Ils peuvent aussi s'ouvrir : dans l'urètre, dans le rectum, dans la loge périprostatique, ou dans la fosse ischio-rectale.

1° Les *abcès intra-prostatiques* se forment en deux temps. L'inflammation amène d'abord une réaction au sein même de la glande avec suractivité de ses sécrétions, puis le pus se collecte : l'abcès est formé.

L'inflammation s'est propagée par *voie urétrale* dans les cas d'urétrite blennorragique, jusqu'aux canaux sécréteurs, aux acini de la glande et au tissu intersticiel de la prostate.

L'inflammation a gagné la prostate par *voie métastatique*, donnant lieu aux abcès métastatiques dans le cas de furonculose.

Enfin, la prostate a été atteinte par *contamination directe*, à la suite d'une plaie chirurgicale ou accidentelle.

La glande est le siège d'un nombre variable de foyers glandulaires qui subiront bientôt la fonte purulente complète; d'où la constitution d'*abcès miliaires* multiples, épars dans la glande.

Indépendants les uns des autres, ces abcès miliaires forment les *grands abcès* en se réunissant les uns aux autres. Les grands abcès occupent soit un des lobes latéraux, soit les deux lobes, soit la glande entière.

2° Ces abcès intra-prostatiques gagnent les glandes périurétrales et ont tendance à s'ouvrir spontanément *dans l'urètre*. Sur 102 cas, Segond a noté soixante-quatre abcès ouverts dans l'urètre.

Cette fréquence s'explique : la paroi du canal urétral baignant au milieu du pus est ulcérée peu à peu, et un cathétérisme, un toucher rectal ou un simple effet de défécation suffit à la rompre. La collection purulente se vide alors soit pendant les mictions, soit dans leur intervalle.

La forme de l'ouverture urétrale est variable; ou bien ce sont les orifices glandulaires dilatés qui servent de communication, ou bien il y a une vaste ulcération détruisant une grande partie du canal de l'urètre, voire même complètement celui-ci.

3° *L'ouverture rectale* se voit aussi très souvent; elle peut être aussi un moyen de guérison, à condition qu'elle soit suffisante; autrement, après une période d'amélioration, on voit réapparaître les phénomènes du début, soit que la cavité soit à nouveau fermée, soit qu'une nouvelle collection se forme.

Les ouvertures spontanées dans le rectum et l'urètre déterminent la formation de fistules recto-urétrales

avec issue de l'urine par le rectum. Ce sont des fistules sérieuses au point de vue pronostic, qui peuvent même persister indéfiniment.

4° Les abcès intra-prostatiques peuvent gagner la *loge périprostatique*, et siéger sur les côtés, en arrière, ou au-dessus de la prostate.

Les abcès périprostatiques antérieurs et latéraux sont rares et se propagent à leur tour, les antérieurs vers la cavité de Retzius, les latéraux vers la fosse ischio-rectale.

Les abcès sus-prostatiques et rétro-prostatiques se rencontrent plus souvent; les postérieurs se trouvent en arrière de l'aponévrose prostato-péritonéale, les supérieurs entre la prostate et les vésicules séminales d'une part et la vessie de l'autre.

5° Continuant leur marche extensive, les suppurations prostatiques s'ouvrent au niveau de la *fosse ischio-rectale*, soit en détruisant le releveur de l'anus, soit par l'intermédiaire d'une fusée sous la muqueuse rectale.

Cette extension de la suppuration complique la localisation initiale, après un traumatisme, quand l'abcès ne s'est pas ouvert ou n'a pas été ouvert à temps, ou quand l'évacuation du pus n'a pas été suffisante.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE DES ABCÈS DE LA PROSTATE

Dans les cas les plus fréquents, l'abcès de la prostate a une marche aiguë. Cette forme aiguë est accompagnée de signes fonctionnels et généraux intenses; aussi la prenons-nous comme exemple dans la description des symptômes de l'abcès de la prostate.

Il s'agit en général d'un adulte de vingt à quarante ans qui, au cours d'une blennorrhagie arrivée à son déclin, est pris brusquement, à la suite d'une injection caustique mal conduite ou d'un traumatisme, d'un frisson avec malaise général, de troubles de la miction allant jusqu'à la rétention, de douleurs vives au périnée et de troubles de la défécation.

Au bout de quelques heures ou de quelques jours, les signes de prostatite ont acquis une plus grande netteté. L'état général reste mauvais, la température est voisine de 39°, le sommeil est mauvais, le malaise a augmenté, l'appétit a disparu et il y a un état gastro-intestinal infectieux.

L'écoulement a beaucoup diminué. Mais surtout la sensation de tension périnéale a augmenté d'intensité.

La douleur, siégeant profondément dans le périnée ou localisée à l'anus, est vive, irradiée vers la verge, le gland, les lombes, les cuisses, la région lombaire et sacrée, elle est exaspérée par les efforts de miction et de défécation, par les mouvements. Le malade est contraint de demeurer couché en chien de fusil.

La miction est difficile, impérieuse, les efforts n'aboutissent qu'à l'expulsion lente d'une petite quantité d'urine, émise en jet filiforme et tortillé. Les urines sont claires ou un peu salies par l'écoulement urétral.

La miction cause au malade une vive douleur au fond du canal, cette douleur va en augmentant, les efforts même violents ne vident plus la vessie.

Puis les signes les plus pénibles de la rétention viennent s'ajouter aux douleurs du malade; les besoins d'uriner deviennent permanents et cet état de ténésme n'est pas soulagé par l'issue de quelques gouttes d'urine.

Enfin, la rétention complète s'installe, rendant le cathétérisme excessivement douloureux; en même temps la douleur ano-périnéale s'est accentuée; d'une simple pesanteur, d'une douleur sourde, elle est devenue pulsative; les besoins de défécation deviennent impérieux, les selles sont involontaires et chaque défécation s'accompagne d'actives douleurs.

Si l'on pratique le toucher rectal à cette époque, on sent la prostate augmentée de volume sur toute son étendue, ou seulement sur l'un de ses lobes.

La prostate présente des contours nets partout également douloureux au toucher rectal. Elle est tendue, résistante, parfois parsemée de noyaux de consistance moindre.

Le doigt atteint rarement au-dessus de la glande les vésicules séminales qui sont douloureuses. Le cathétérisme donne peu de renseignements; d'ailleurs, il faut absolument s'en abstenir quand la rétention ne le rend pas nécessaire.

Cet état persiste pendant une dizaine de jours et les symptômes énoncés signent l'existence d'une inflammation de la prostate.

Au stade de suppuration, les signes généraux conservent la même intensité et on voit réapparaître le frisson du début, en même temps que renaître la fièvre qui se maintient à un degré élevé.

Au toucher rectal, la prostate devient encore plus volumineuse, le doigt provoque une sensibilité très vive et détermine une douleur exquise au point localisé; il perçoit les battements vasculaires à la face antérieure du rectum.

Les sensations sont variables suivant le siège de la collection.

Quand l'abcès se propage vers la paroi rectale, on sent au toucher une zone molle, dépressible, entourée d'une portion de la glande plus résistante; si la collection purulente est abondante, elle donne la sensation de fluctuation véritable.

Quand l'abcès est central, séparé du doigt par une épaisseur de tissu peu considérable, on sent une masse molle et dépressible; suivant l'expression de Guyon, le doigt semble déprimer un morceau d'étoffe peu épaisse et souple, mal tendue sur un cadre épais et dur.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC DES ABCÈS DE LA PROSTATE

I. — En premier lieu, il faut s'assurer que l'affection siège bien au *niveau de la prostate*. Nous devons éliminer la cowpérite, l'inflammation des vésicules séminales et la cystite du col.

Pour ce faire, nous nous baserons sur le toucher rectal et les symptômes fonctionnels.

a) *Le toucher rectal* doit donc être employé systématiquement; la technique varie un peu suivant les auteurs. En France, on le pratique ordinairement dans le décubitus dorsal, mais Reliquet le pratiquait dans la position debout; d'autres préfèrent la position genu-pectorale ou le décubitus latéral. Avant tout, le toucher rectal doit être fait avec la plus grande douceur et, pour en retirer le plus de profit, combiné au palper hypogastrique.

Le toucher rectal éliminera l'inflammation des organes avoisinant la prostate, mais peut donner des résultats incomplets, dans le cas d'abcès sous-muqueux

de la prostate, séparés du rectum par toute l'épaisseur de la glande.

b) Les *symptômes fonctionnels* viendront à notre aide; ils seront différents suivant qu'il s'agira d'inflammations aiguës ou chroniques.

1° Dans les cas aigus, les troubles mictionnels et ceux de la défécation sont caractéristiques;

2° Dans les cas chroniques, la blennorrhée intermittente apparaîtra chez les malades dont l'abcès s'est déjà ouvert dans l'urètre prostatique. On constatera, par le dépôt des urines, qu'une partie du pus chassé par l'urètre a pénétré dans la vessie.

L'écoulement peut devenir permanent au méat pendant quelque temps, s'il est très abondant.

3° Dans tous les cas l'apparition d'une épидидymite contribuera aussi à établir le diagnostic.

II. — Une fois l'inflammation de la prostate reconnue, on se demandera s'il s'agit d'une *prostatite simple* ou d'une *prostatite suppurée*, c'est-à-dire d'un abcès de la prostate.

Le diagnostic d'abcès sera aisé chez un blennorragique; en effet, il présentera de la rétention d'urine, des douleurs vives au périnée, exagérées par la miction et la défécation; il sera fébrile; la prostate sera augmentée de volume, elle fera dans le rectum une forte saillie et présentera en un point, où la pression du doigt provoque une douleur exquise, sinon une fluctuation vraie, du moins une résistance élastique caractéristique. Cette résistance élastique contrastera avec la dureté du tissu glandulaire environnant.

Mais quelquefois la douleur et la gêne périnéale sont modérées, la fièvre peu élevée, les mictions douloureuses, mais sans rétention; la prostate est dure au toucher, la question sera plus difficile à résoudre.

III. — Nous avons reconnu un abcès de la prostate; il est utile de préciser l'étendue de cet abcès, de savoir si nous sommes en présence d'un abcès limité à la prostate, ou d'une périprostatite suppurée.

La périprostatite suppurée s'accompagne de signes généraux et fonctionnels, mais c'est surtout le toucher rectal qui fait le diagnostic.

L'état général s'aggrave, et les douleurs à la défécation prédominent sur celles qui accompagnent la miction.

Au toucher rectal, la glande n'a plus ses limites nettes; elle se prolonge par une masse irrégulière, soit en haut, soit latéralement. Cette masse est parfois ramollie et fluctuante quand elle est très étendue; elle présente dans tous les cas une mollesse et une dépressibilité très nettes dues au voisinage du rectum.

Nous nous garderons de confondre la périprostatite suppurée avec la périprostatite proprement dite. Celle-ci peut former autour de l'abcès une gangue inflammatoire épaisse, dure, qui peut faire penser à une vaste collection purulente alors qu'il s'agit en réalité d'un abcès de peu de volume entouré d'une réaction inflammatoire périprostatique.

Le pronostic des abcès de la prostate varie suivant le moment de l'évacuation; quand celle-ci est précoce, le pronostic est bénin, l'abcès guérit en laissant peu de

traces; mais quand l'ouverture est tardive, les fistules seront fréquentes et les risques de périprostatite circonscrite ou diffuse seront grands.

Pour la guérison de l'abcès et sa guérison rapide, il faut l'ouvrir une fois le diagnostic posé.

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT DES ABCÈS DE LA PROSTATE

Il y a deux moyens de combattre les abcès de la prostate; tout d'abord en empêchant leur formation : c'est la méthode abortive, c'est le traitement des prostatites.

Mais si l'abcès vient à se former, ou bien l'abcès s'ouvre dans l'urètre, ou bien il ne s'y ouvre pas. S'il s'ouvre dans l'urètre, on pratique le massage de la prostate. S'il ne s'y ouvre pas, on l'incise : c'est la méthode curative, le traitement des abcès de la prostate.

CHAPITRE PREMIER

TRAITEMENT DES PROSTATITES MÉTHODE ABORTIVE

Ce traitement sera soit local, soit général.

1° Le traitement local aura un double but : antiseptique et antiphlogistique.

a) Antiseptique : il consistera en grands lavages urétraux au permanganate, pendant la phase aiguë de la gonococcie, en prenant garde d'éviter toute manœuvre imprudente capable de traumatiser la muqueuse et de précipiter la suppuration.

b) Antiphlogistique et calmant : ce sera le repos au lit, les bains fréquents et prolongés, les boissons tièdes et abondantes; il faudra assurer l'évacuation régulière de l'intestin par des laxatifs légers ou même par un lavement évacuateur que l'on fera suivre d'un petit lavement d'environ 200 gr. à 50°, destiné à être gardé.

Les suppositoires à l'onguent napolitain ou suppositoires de Guyon à base de belladone seront utilisés avec profit.

La méthode de Reclus, qui consiste à pratiquer des irrigations chaudes d'une manière répétée, trouvera

son utilité en provoquant une déplétion sanguine. La thérapeutique physique a été aussi mise en œuvre.

Les premières expériences furent faites par Doumer et Weill, qui utilisèrent les courants à haute fréquence. Doumer employa des électrodes en cuivre isolées dans un tube de verre. Cette électrode est portée au contact de la prostate par voie rectale.

Albert Weill se servit en plus d'appareils d'effluvation. En 1917, O. Grant employa la diathermie.

Ces différents procédés présentent, de l'avis de ces auteurs, une action analgésique et décongestionnante.

2° Le traitement général a pour but de stimuler les défenses de l'organisme, de remonter l'état général souvent très précocement touché et d'agir, si possible, sur le germe en cause.

Il comprend la vaccinothérapie, la sérothérapie et la chimiothérapie.

a) Les vaccins employés sont les vaccins antigonococciques et antistaphylococciques. La vaccination antigonococcique n'a pas donné les résultats que l'on pouvait espérer. Pour Dopter, cette vaccination a peu de valeur pour les complications viscérales de la blennorragie. La vaccination antistaphylococcique a donné jusqu'à présent de meilleurs résultats que la précédente.

Legueu et Fouquian ont insisté sur la fréquence de l'infection staphylococcique et ont expérimenté le vaccin préparé par l'Institut Pasteur.

Leur technique consiste à injecter des doses progressivement croissantes, en commençant par injecter 1/4

de centimètre cube pour arriver, en continuant les injections tous les deux jours, jusqu'à injecter 1 cc. de vaccin.

Les réactions observées par ces auteurs, qu'elles soient locales ou générales, ont toujours été faibles, même avec les plus fortes doses.

Parfois même il n'y eut aucune réaction locale ou générale.

Les résultats obtenus ont été variables. Dans les cas où il y eut amélioration, celle-ci porta surtout sur les phénomènes douloureux, sur l'élévation de la température et les troubles de la miction.

Par contre, Legueu et Fouquian constatèrent que la prostate restait toujours tendue et douloureuse, et sa diminution ne se faisait que peu à peu.

Les mêmes auteurs ont utilisé le vaccin de Delbet; avec ce dernier, ils n'ont jamais noté de réactions locales ou générales et ont conclu à son efficacité, qui se traduisait par une amélioration rapide des symptômes.

Sabouraud, en 1915, expérimenta l'effet des auto-vaccins staphylococciques, et conclut à leur inefficacité dans les prostatites.

Pour Legueu, il semble que seul le vaccin antistaphylococcique donne des résultats positifs.

L'auto-vaccination a été employée aussi, et Noguès a rapporté le cas de trois de ses malades, atteints de prostatite, qui ont guéri à la suite de ce traitement accompagné de lavages. L'auto-vaccin semble bien avoir eu une part dans la guérison. En effet, les prostatites aiguës peuvent se terminer par abcédation ou par résolution; quand la collection s'ouvre spontanément,

elle le fait par le rectum ou par l'urètre. Or, aucun malade n'a constaté d'évacuation purulente, suivie d'une détente des phénomènes douloureux; l'amélioration s'était produite d'une manière progressive.

b) La sérothérapie a été aussi expérimentée; de nombreux sérums antigonococciques furent utilisés par Blaizot et Stérian. Ce dernier rapporte quatre cas de prostatites aiguës traitées par un sérum de bouc, préparé par diverses injections d'antigène de pus blennorragique. L'auteur a obtenu deux guérisons.

c) La chimiothérapie vient de remporter tout récemment de nombreux succès dans la lutte contre les bactéries; le 15 février 1935, Domagk publiait dans la *Deutsche Mediz. Wochenschr.* l'article suivant : « Contribution à la chimiothérapie des maladies bactériennes. » Il y relatait ses premiers résultats dans le traitement de la septicémie à staphylocoques, à l'aide du rubiazol.

Le rubiazol ou sulfamidochrysoïdine est un colorant à fonction azoïque. Des recherches ont été faites sur un de ses dérivés, le para-amino-phényl-sulfamide ou 1162 F., qui s'est montré actif non seulement sur le streptocoque, mais aussi sur le staphylocoque (Buttle), les anacrobies et enfin le gonocoque.

Levaditi et Vaisman ont réalisé une toxi-infection expérimentale gonococcique qui leur a permis de constater l'activité du 1162 F connu sous les noms de Septoplax, Néococcyll et Lysococcine.

Il semble donc que la chimiothérapie possède un certain avenir dans le traitement des prostatites.

CHAPITRE II

LE MASSAGE DE LA PROSTATE DANS LES CAS D'ABCÈS

Le massage de la prostate consiste en une expression de la glande, suivant le mot de Guépin, par le doigt introduit dans le rectum. Le doigt de l'opérateur doit sentir instinctivement le degré de pression qu'il doit appliquer. Le massage doit être régulier, progressif et suffisamment énergique.

Il ne sera pas employé dans les prostatites aiguës; il faut attendre que l'abcès soit formé et qu'il se soit ouvert dans l'urètre.

Le malade est alors mis soit dans le décubitus dorsal, soit en position genu-pectorale.

Certains auteurs, comme Spencer, remplissent au préalable la vessie d'un liquide antiseptique. Ce qui est indispensable, c'est de pratiquer un grand lavage urétro-vésical antiseptique, une fois le massage terminé.

Quelle est la valeur du massage de la prostate ? Il est à la portée de tout le monde, ne nécessite pas un milieu chirurgical, ni une intervention parfois refusée par le malade. Le massage est d'un emploi fréquent,

car, comme l'a montré M. le professeur André, c'est l'urètre qui reçoit, dans le plus grand nombre des cas, le pus d'un abcès abandonné à lui-même.

Il ne fait pas courir au malade le risque de fistules rectales ou périnéales.

On a reproché au massage une évacuation lente à travers un orifice trop étroit. Evidemment, l'évacuation doit être surveillée et surtout active. Mais, en général, dans les cas d'ouverture spontanée dans l'urètre, sans intervention ultérieure, la terminaison de l'abcès s'obtient dans un délai assez court, à l'aide du massage et des lavages au permanganate qui évitent facilement l'infection épididymaire.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DES ABCÈS DE LA PROSTATE MÉTHODE CURATIVE

L'abcès est bien collecté; quelle va être la conduite du chirurgien ?

Plusieurs cas peuvent se produire. Si l'abcès s'ouvre spontanément dans l'urètre, c'est le massage que l'on emploie comme nous venons de le voir. L'abcès peut s'ouvrir dans le rectum; il suffit alors d'agrandir l'orifice qui vient de se créer et d'empêcher sa fermeture en plaçant une mèche iodoformée, ou simplement en passant chaque jour son doigt dans l'orifice.

Enfin, si l'abcès ne s'ouvre pas, il faut intervenir en évacuant le pus et en drainant la cavité.

« Le pus appelle le bistouri »; c'est la méthode curative des abcès de la prostate.

A. — Indications de la méthode curative.

Les avis sont partagés au sujet de ces indications. Parmi les auteurs, les uns sont plutôt abstentionnistes, pensent qu'il ne faut pas se presser d'agir, et escomptent les chances d'une ouverture spontanée; les autres sont plutôt interventionnistes et admettent que tout

abcès diagnostiqué doit être incisé, pour soulager plus rapidement le malade, éviter les complications de fusions purulentes, de suppurations à distance et de fistules consécutives.

a) L'intervention *peut différer*, quand la symptomatologie n'est pas nette et qu'on ne peut affirmer s'il s'agit de prostatite ou d'un abcès collecté. Quand le diagnostic est difficile à résoudre et que rien ne permet de reconnaître avec certitude la collection purulente, c'est le cas de pratiquer l'expectation armée; le malade est tenu au lit, soumis à une diète légère avec boissons abondantes. On administrera matin et soir un lavement évacuant.

Si les douleurs sont violentes, on aura recours aux suppositoires calmants à l'extrait thébaïque ou à l'extrait de belladone. Le cathétérisme ne sera pratiqué que s'il est indispensable, et au moyen d'une sonde de Nélaton.

b) Il faut intervenir d'une *façon absolue* :

α Dans les abcès non ouverts spontanément, quand les phénomènes généraux sont très marqués, l'état général mauvais, la fièvre excessive. Certains chirurgiens, dont Noguès, attachent beaucoup d'importance à l'hyperthermie. Elle a surtout une valeur relative, quand elle évolue parallèlement à d'autres signes fonctionnels et physiques.

Mais si la température vient à céder et qu'elle ne s'accompagne pas de l'ouverture spontanée de l'abcès, il faut opérer, car cette apyrexie s'observe même dans les suppurations périprostatiques.

Les douleurs violentes, la dysurie marquée, la rétention complète d'urine sont des indications opératoires importantes.

Nous croyons que l'opération s'impose surtout quand, au toucher, on trouve une collection volumineuse et tendue, à plus forte raison quand l'abcès a dépassé les limites de la glande.

β Dans les abcès déjà ouverts spontanément dans l'urètre ou dans le rectum, il faut intervenir si les signes fonctionnels réapparaissent, si la température ne redescend pas à la normale, si l'état général reste mauvais.

On interviendra aussi quand le toucher rectal révélera un commencement d'empâtement, signe de périprostatite au début; enfin quand le pus ne s'évacue pas, ou si la cavité n'a pas tendance à se vider ou à se combler.

B. — Les différentes formes de la méthode curative.

Une fois établie la nécessité d'ouvrir l'abcès, il nous faut choisir le mode d'accès et, là, les opinions divergent, puisque quatre voies anatomiques conduisent à la prostate :

- a) La voie hypogastrique;
- b) La voie urétrale;
- c) La voie périnéale;
- d) La voie rectale.

Nous ne nous arrêterons pas aux deux premières. Nous comparerons la voie périnéale à la voie rectale

pour montrer la supériorité de la voie rectale, le traitement des abcès de la prostate par incision rectale présentant le moins de risques, avec le plus de simplicité.

a) *La voie hypogastrique.* — Il arrive quelquefois qu'au cours d'une prostatectomie, pour un adénome de la prostate, le doigt ouvre accidentellement un abcès de petite dimension, logé au niveau de la glande. Cet incident est sans importance et l'on termine l'opération commencée comme si rien n'était.

b) *La voie urétrale* a été utilisée autrefois pour inciser l'abcès prostatique. Les anciens auteurs se basaient dans cette application sur l'évolution spontanée de certains abcès vers l'urètre. Mais cette voie ne donne pas à la suppuration une issue régulière et facile; elle favorise les périodes alternantes de replétion et d'évacuation de l'abcès.

Le pus ne pouvant s'écouler d'une façon suffisante, l'intervention ne peut empêcher le développement de l'abcès vers le rectum. Des fistules uréthro-rectales ont été observées et ont duré indéfiniment; malgré l'intervention.

Enfin, c'est une opération faite à l'aveugle; on ne peut savoir à quelle distance de la paroi urétrale se trouve l'abcès.

Ces raisons sont plus que suffisantes pour rejeter la voie urétrale; aussi à notre époque est-elle complètement délaissée.

Nous arriverons aux deux voies sur lesquelles la discussion est toujours ouverte : la voie périnéale et la voie rectale.

c) *La voie périnéale.*

1° *Historique de la voie périnéale.*

A partir de 1874, la voie périnéale fut surtout employée sous l'influence de Duttel. Guyon, en 1884, incisa par le périnée un abcès saillant dans le rectum.

Hartmann, en 1885, employa presque exclusivement cette méthode. Segond, en 1885, se prononce en sa faveur, et Guillaïn, la même année, y consacre sa thèse. En 1891, Reverdin cite un cas de prostatite suppurée où cette incision fit merveille. En 1907, Albarran se fait son défenseur et Hartmann, Lavenant et Noguès, Minet et Desnos, quelques années plus tard, la considérèrent comme la préférable.

En 1919, Doré, dans un cas consécutif à la grippe, vante la voie périnéale. André Le Fur, Randall, en 1920, Le Feller, en 1922, Proust, Gosset, Legueu et Marion établissent ses avantages.

Semeniako, en 1931, Sorrentino, en 1934, l'emploient dans la majorité des cas.

2° *Technique de l'opération.*

Le malade est placé dans la position de la taille et avant l'opération une sonde est introduite dans l'urètre. Elle sert de guide et contribue à faire reconnaître le canal.

α Incision de la peau. — Elle est faite verticale médiane, en arrière de la racine des bourses, à un centimètre en avant de l'anus. On la préfère à l'incision courbe transversale, destinée à éviter le rectum, car la première a tendance à se fermer plus rapidement et donne autant de jour. L'incision intéresse la peau et

le tissu cellulaire, jusqu'à l'entrecroisement des muscles sphincter externe de l'an us et bulbo-caverneux.

β *Isolement du bulbe de l'urètre.* — On sectionne le raphé formé par l'entrecroisement du sphincter externe et du bulbo-caverneux, en arrière de la saillie du bulbe. Au moyen d'une pince, on attire celui-ci en avant. L'incision est faite le plus en avant possible, de façon à ne pas intéresser le rectum.

γ *Section des muscles périnéaux.* — Le bulbe est écarté en avant et le rectum en arrière. On aperçoit alors, dans la profondeur, le raphé musculaire profond, formé par le muscle recto-urétral, sous forme d'une bandelette musculo-aponévrotique, antéro-postérieure et médiane, que l'on sectionne à son tour, en prenant soin de ne léser ni le rectum, ni l'urètre.

Δ *Ouverture et agrandissement de l'abcès.* — Le raphé profond sectionné, on pénètre alors dans le foyer purulent prostatique, qui forme une masse fluctuante dont on voit sourdre le pus.

Comment inciser la prostate? Dans le fond de la plaie, on aperçoit une paroi verticale, constituée par la région prostatique, se réunissant en haut par un angle dièdre transversal avec une paroi horizontale formée par l'urètre et le bulbe. C'est dans l'angle, à un centimètre de la ligne médiane, que commencera l'incision, dirigée en bas sur la paroi verticale.

Le doigt explorera les cavités de l'abcès et se rendra compte si la poche est unique ou s'il existe des foyers voisins, qui devront être ouverts en prolongeant la première incision.

ε *Drainage.* — Pour terminer, il est nécessaire de drainer soit par une mèche, soit même par un drain, placé dans l'incision et en tamponnant le reste de la plaie au moyen de gaze. Des pansements seront appliqués quotidiennement pendant les premiers jours, tant que la suppuration sera abondante.

Le drainage au drain sera supprimé du sixième au dixième jour et remplacé par une mèche. Le tamponnement est enlevé au bout de 48 heures. Il y a intérêt à laisser la plaie largement ouverte et la cicatrisation se faire progressivement de la profondeur à la superficie, pour éviter les fistules. Si l'abcès se guérit et qu'une fistule persiste au niveau de l'urètre, on mettra une sonde à demeure dans celui-ci; ou bien il faudra intervenir à nouveau pour suturer la fistule, si elle ne s'est pas fermée malgré la sonde.

3° — Valeur de cette forme de traitement.

Ses avantages. — Les partisans de l'incision par voie périnéale prétendent qu'il n'y a pas d'hémorragies possibles; d'autre part, elle permet l'application rigoureuse de la méthode antiseptique, et son emploi est d'une grande ressource dans tous les cas graves invétérés, caractérisés par la présence de clapiers prostatiques, qui ne se voient qu'incomplètement dans l'urètre. L'ouverture périnéale permet une évacuation complète du pus, un examen approfondi de la cavité, des pansements faciles à appliquer, enfin elle évite les fistules uréthro-rectales.

Ses inconvénients. — Nous répondrons aux défenseurs de l'incision périnéale : les avantages cités ne sont pas tous à retenir. Ainsi les hémorragies sont constatées au cours de cette opération lorsqu'on pratique l'incision transversale de Segond, Legueu et Le Fur.

Il reste l'incision antéro-postérieure de Thompson, Guyon, et Marion. Celle-ci risque alors de léser le rectum et de provoquer ainsi des fistules uréthro-rectales.

Elle ne permet pas d'éviter par contre les fistules uréthro-périnéales, très fréquentes, et dont la guérison demande souvent un temps très long. Au surplus, l'incision périnéale constitue une véritable intervention chirurgicale.

Le temps de la guérison de l'incision atteint en moyenne un mois, même s'il ne survient pas de complications; et s'il y a suppuration prolongée, cette incision peut produire des noyaux calleux dans le périnée et laisse toujours une cicatrice plus ou moins dure.

Par le traitement périnéal, le tissu granulé, créé par les forces défensives de l'organisme pour isoler la cavité de l'abcès de l'urètre postérieur, est malmené plus ou moins brutalement; la prostate et ses tissus voisins sont sectionnés; ainsi se trouve rompue la barrière défensive qui devrait empêcher la formation de l'infiltration urinaire et, dans la suite, d'une fistule uréthro-périnéale. Enfin, ce procédé nécessite des soins post-opératoires minutieux.

Ses indications. — Pourtant, l'incision périnéale n'est pas à supprimer totalement. Elle sera réservée aux opérateurs ayant une connaissance anatomique spéciale.

Quant à ceux-ci, ils devront l'appliquer si la collection suppurée a dépassé les limites de la glande; dans les cas de prostatite suppurée et de fusées purulentes ayant envahi la fosse ischio-rectale, ou s'étant fait jour au niveau du périnée.

CHAPITRE IV

L'INCISION PAR VOIE RECTALE COMME TRAITEMENT DES ABCÈS DE LA PROSTATE

Nous venons de passer en revue la voie urétrale et la voie hypogastrique, que nous avons éliminées pour le traitement des abcès de la prostate et la voie péri-néale, qui doit être réservée aux abcès qui ont diffusé à l'extérieur de la glande.

Il nous reste la voie rectale, que nous jugeons comme étant la voie à employer dans tous les cas simples, qui sont la grande majorité.

La voie rectale est à la base de la cure courante des abcès prostatiques. C'est ce procédé que nous allons maintenant étudier, en le décrivant tel qu'il est appliqué dans le service de M. le professeur André.

La description fera ressortir les avantages de ce procédé. Nous nous permettrons de reproduire ensuite les observations recueillies dans le service de M. le professeur André, de 1920 à 1938.

Leur lecture mettra en valeur les résultats que nous nous efforcerons de présenter dans nos conclusions.

Historique de l'incision par voie rectale.

Després, en 1894, se sert de l'ongle pour ouvrir l'abcès par voie rectale, et Guiart ponctionne avec un trocart. Guyon, à la même époque, procède par une incision à l'aveugle. Le bistouri est introduit dans le rectum, enveloppé de sparadrap et coiffé à sa pointe d'une boule de cire. Le bistouri est placé à plat sur l'index qui sert de guide. Il recherche le point le plus fluctuant, en évitant les artères que l'on sent à leur battement. Puis l'opérateur redresse le bistouri, le tranchant contre la prostate, abaisse le manche d'un coup sec, coupe la cire et ouvre l'abcès.

Hamoric se sert de ciseaux qu'il introduit fermés dans le rectum, sur l'index comme conducteur. Routier, avec Caspert et Guiart, se firent les défenseurs de la voie rectale (1895). Routier fait une incision à ciel ouvert. Le malade est placé en décubitus latéral. L'opérateur introduit une valve de Sims qui découvre largement la région prostatique. L'incision faite, il dilacère au doigt les cloisons de la cavité.

En 1907, Walter, Chaput, Reynier, Le Dantu, Alexander, Oraison conseillent dans la plupart des cas la voie rectale. M. le professeur André et Le Fur pensent qu'il faut ouvrir l'abcès du côté où il pointe le plus. Loumeau conseille aussi de suivre la voie tracée par la nature. Trédenat, qui préfère l'incision prérectale, emploie la voie rectale en cas d'abcès faisant saillie dans le rectum.

Pépin, en 1909, fait sa thèse sur le traitement des abcès non tuberculeux de la prostate, par incision rec-

tale. Barringer, en 1922, traite ces abcès par ponction entre l'urètre et le rectum, à l'aide d'une aiguille à biseau court, guidée par l'index gauche introduit dans le rectum. Une seringue est adaptée à l'aiguille, que l'on mobilise dans tous les sens, tandis que l'on aspire le pus.

En 1928, Marion instaure la méthode classique. La veille, le sujet est purgé et on lui fait un grand lavage intestinal. Le malade est placé dans le décubitus latéral gauche. L'index gauche est introduit dans le rectum et recherche le point d'élection de l'incision. Le long de l'index, l'opérateur glisse à plat un bistouri, dont la pointe seule est laissée libre. La pointe perce l'abcès, l'incision est agrandie au doigt. Puis il nettoie le rectum au moyen d'un lavage antiseptique et place dans la plaie une mèche de gaze ou un gros drain.

Technique du traitement des abcès prostatiques
par incision rectale

employée dans le service de M. le Professeur ANDRÉ.

Le matériel opératoire. — Il est des plus simples, et comprend une valve qui permet d'ouvrir l'abcès sous le contrôle de la vue.

Un bistouri pour inciser l'abcès, et une pince pour écarter les bords de l'incision et montrer son trajet.

Le manuel opératoire. — 1° Position de malade. — Le malade est anesthésié grâce au mélange de Schleich. On l'a placé non dans le décubitus latéral, mais dans la position dite de la taille, position employée pour la cure des hémorroïdes.

2° *Dilatation de l'anus.* — Une fois l'anesthésie complètement réalisée, on procède à la dilatation de l'anus, dilatation progressive, menée avec douceur au moyen de la valve. A ce moment, la collection purulente est mise à jour.

3° *Incision de l'abcès.* — On recherche le point fluctuant avec l'index; ceci fait, on incise à ce niveau sur une longueur de 1 centimètre à un centimètre et demi. On évite facilement le trajet des vaisseaux artériels, puisqu'on opère à ciel ouvert.

4° *Agrandissement de l'incision.* — L'incision pratiquée, on met une pince au niveau de la plaie et on ouvre les bords de la pince, qui permet ainsi d'explorer le trajet de l'abcès. Le pus s'écoule et avec l'index, on dilacère les cloisons qui peuvent fragmenter la cavité de la collection.

5° *Tamponnement.* — Il est réalisé à l'aide d'une mèche iodoformée que l'on introduit dans le trajet de la plaie.

Soins post-opératoires. — Le malade est constipé pendant trois jours. Le quatrième jour, on retire la mèche iodoformée; souvent, d'ailleurs, elle tombe d'elle-même. Si elle vient à tomber avant le quatrième jour, on ne la remplace pas, mais chaque jour on introduit l'extrémité du doigt dans l'ouverture de la plaie, pour permettre à la totalité du pus de s'écouler à l'extérieur. Le quatrième jour on purge le malade.

Cette technique diffère de la méthode classique de Marion, qui n'opère pas à ciel ouvert. Elle diffère aussi de celle de Routier, qui place son malade dans le décubitus latéral.

Objections présentées contre ce procédé.

Cette méthode simple a soulevé beaucoup d'objections; on lui a reproché d'être : a) une simple ponction, insuffisante, ne permettant ni le lavage, ni le drainage de la cavité. Toute antisepsie serait par le fait même impossible. Ainsi, en 1931, Semeniko rapporte que cette méthode a été appliquée en Russie par le professeur Sinitsini.

En examinant les 18 cas opératoires, il constate que chez 7 malades il n'y a pas eu d'évacuation complète et que, plus tard, l'abcès s'est ouvert dans l'urètre.

Dans cinq cas il a dû falloir plusieurs ponctions. Dans un cas, enfin, de ponction rectale pratiquée à trois reprises sur une prostate adénomateuse, l'abcès s'est ouvert dans le creux ischio-rectal.

Une septicémie s'ensuivit, entraînant la mort, et l'auteur de conseiller la prostatotomie périnéale même lorsque l'abcès bombe du côté du rectum.

Cette objection pourrait tout au plus s'adresser à la méthode préconisée par Guyon et Marion, que l'on pourrait qualifier de simple ponction. Elle n'est plus valable lorsqu'on emploie le procédé que nous avons décrit. Car, dans celui-ci, on introduit une valve qui permet une incision à ciel ouvert d'une longueur suffisante, favorisant le libre écoulement du pus. Elle réalise de cette façon une antisepsie suffisante, d'ailleurs complétée par l'application d'un tamponnement méthodique à la gaze iodoformée, qui prévient l'infection secondaire.

b) La deuxième est la suivante : la plaie est en communication avec un foyer septique, d'où danger d'infection secondaire. Cette infection d'origine intestinale est plus théorique que réelle. Routier ne l'a jamais rencontrée et il dit : « A cette objection théorique, je ne puis répondre que par des faits, mais ils sont probants; jamais je n'ai observé d'infection secondaire; quand les malades avaient de la fièvre, elle est tombée par l'ouverture de l'abcès, et elle n'a pas reparu. »

Les complications infectieuses que l'on observe parfois après l'ouverture spontanée dans le rectum, souvent insuffisante, ne se produisent pas lorsqu'on incise au point où l'abcès fait saillie, et la cicatrisation de la plaie se fait toujours dans la quinzaine de jours qui suivent l'intervention.

Les deux dernières objections ne sont pas plus à retenir.

c) Une hémorragie en nappe assez abondante est à redouter dans les heures qui suivent, comme en témoignent les trois cas de Guyon, Le Dentu et Guiart.

Nous répondons tout d'abord que l'on a tendance à exagérer l'importance de ces hémorragies. A supposer qu'elles se produisent, il est facile de lier le vaisseau qui saigne quand c'est une artériole. De plus, on aura soin d'inciser là où l'on ne voit pas de trajet vasculaire. Cette objection n'est donc valable que pour le procédé de Marion, qui opère à l'aveugle, sans valve.

Sans doute, il est toujours des vaisseaux néo-formés au sein de la glande, mais ils saignent en général peu abondamment.

On a signalé des hémorragies graves qu'on ne constate pas immédiatement, le sang commence par distendre et remplir l'ampoule rectale, une syncope peut survenir avant que rien n'ait pu faire soupçonner l'ouverture d'un vaisseau. Telle est l'observation de Guiart; chez son malade, l'hémorragie consécutive à l'incision rectale fut assez abondante pour faire tomber en quelques heures la température axillaire de 39° à 36° , ou bien encore l'hémorragie ne se produit que quelques heures après l'intervention; dans ces deux cas d'hémorragie latente ou tardive, le tamponnement est un moyen curatif et préventif. D'ailleurs, l'hémorragie est également un accident de la voie périnéale, mais il est plus facile, dit-on, de lier le vaisseau qui saigne au niveau de l'incision périnéale.

Nous répondrons que, dans le rectum, la recherche du vaisseau qui saigne est facilitée par l'introduction d'une valve anale.

d) Enfin, on a reproché à la voie rectale de favoriser les fistules uréthro-rectales.

Les fistules sont moins à redouter depuis qu'on incise largement les abcès de la prostate et qu'on détruit soigneusement les brides qui cloisonnent la cavité, le pus ayant peu de tendance à la rétention. Elles sont exceptionnelles quand l'incision est pratiquée de bonne heure. Le drainage est facile, puisque l'incision se fait au point déclive et n'est utile que dans les premiers jours, car la guérison est rapide.

D'ailleurs, nous objecterons aux défenseurs de la voie périnéale que celle-ci ne met pas toujours à l'abri des fistules uréthro-rectales.

Pousson n'en a-t-il pas observé un cas, et Loumeau deux, l'une qui persista un mois, l'autre quatre mois et demi. De plus, elle n'évite pas les fistules uréthro-périnéales qui sont aussi fréquentes et plus difficiles à guérir; tel est le cas rapporté par Noguès, où la fistule dura trois mois, le cas rapporté par Loumeau, où elle dura un mois et demi et les trois cas relatés dans la thèse de Toupet, dont deux persistèrent respectivement trois et cinq semaines, et la troisième plus de cinq semaines.

Certains auteurs, craignant la production d'une fistule uréthro-rectale, n'admettent pas l'incision rectale quand il existe déjà une ouverture urétrale.

Nous pensons que l'ouverture urétrale, quand elle est de date récente, n'est pas une contre-indication réelle, et les fistules produites guérissent d'ordinaire spontanément en quelques jours. D'ailleurs, comme nous allons le voir, il n'a jamais été constaté de fistules uréthro-rectales, au service de M. le professeur André, à la suite du traitement d'un abcès prostatique par incision rectale.

Avantages apportés par ce procédé.

Après avoir réfuté les reproches que l'on a pu prononcer contre l'incision rectale, il nous reste à indiquer les sérieux avantages qu'elle apporte.

a) C'est une opération simple, se bornant à une incision, d'exécution facile, ne demandant pas de connaissance anatomique précise, ni même une pratique comparable à celle demandée pour la voie périnéale, qui

conduit sur un abcès profondément situé et qui expose le bulbe et le rectum à être lésés.

Rapide, elle dure deux minutes, puisqu'elle incise l'abcès directement à travers la paroi rectale.

Précise, puisqu'on la fait sous le contrôle de la vue, et sans complication possible, puisqu'elle respecte le plancher pelvien qui ne risque pas de présenter dans l'avenir ni une fistule, ni même une cicatrice.

b) Le drainage est bien à la partie la plus déclive. Le point choisi pour l'incision est celui où l'abcès bombe le plus en arrière, mais le sujet étant couché sur le dos, le point le plus en arrière devient le point le plus bas.

c) Enfin, la guérison par voie rectale est beaucoup plus rapide que celle obtenue à la suite de l'incision périnéale. Les abcès incisés par le rectum sont complètement guéris en moins de quinze jours, par la voie périnéale, la durée moyenne du séjour au lit est d'au moins quatre semaines.

Telles sont les raisons qui nous font préférer l'incision rectale dans le traitement des abcès prostatiques, et les observations qui vont suivre établiront le bien-fondé de nos préférences.

TROISIÈME PARTIE

Dans le service de M. le professeur André, nous avons relevé quarante-quatre observations concernant les malades entrés dans le service pour abcès de la prostate de 1920 à 1938.

Nous avons cru bon de les grouper dans cette troisième partie; leur lecture illustrera nos conclusions au sujet de l'étiologie, la pathogénie et surtout le traitement des abcès de la prostate.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

J..., entre le 26 novembre 1920 au service pour rétention d'urine. Les jours suivants, le malade urine difficilement quelques gouttes; un cathétérisme est pratiqué toutes les huit heures. Le 26 novembre, le toucher rectal montre une prostate molle, grosse, régulière, mais ne fluctuant pas. L'incision de la prostate donne issue à un peu de pus; on met une sonde à demeure. Le 8 décembre, les urines sont toujours très sales; le 17 décembre, en voulant changer la sonde à demeure, on constate l'issue d'une quantité assez considérable de pus par le méat. Le toucher rectal montre qu'aucun des deux lobes ne fait plus saillie dans la partie médiane. On sent un point ramolli vers la partie médiane et, en appuyant sur ce point, on fait sourdre du pus par le méat. La sonde est enlevée. 17 décembre: le malade a uriné seul, la vessie est vide; le massage donne encore issue à du pus par le canal. 27 décembre: le malade sort, mais revient tous les jours pour massage de la prostatè.

OBSERVATION II

Ma..., 23 ans, déménageur; entre le 23 avril 1921. Il a présenté une blennorrhagie il y a un mois; le malade vient pour rétention. Au toucher rectal, on trouve une prostate volumineuse; le lobe gauche est ferme, tandis que le droit est nettement ramolli. Cet abcès de la prostate bombe dans

le rectum, surtout du côté droit. La pression sur cette prostate fait sortir du pus par le canal. On pratique une incision par le rectum, en mettant une valve rectale. Au moment où on va inciser l'abcès, il s'évacue par l'urètre. On fait tout de même une incision sur le lobe droit, après avoir fait un massage qui évacue beaucoup de pus par l'urètre.

OBSÉRVATION III

R... (Salomon), âgé de 31 ans, entre le 17 juin 1922. Antécédents personnels : en 1914, contracte la blennorragie; hospitalisé pendant six semaines, il sortit de l'hôpital guéri. En décembre 1921, nouvelle blennorragie; on lui fait des lavages au permanganate. En juillet 1922, il continue à couler; il présente des mictions non douloureuses. 17 juin 1922 : on le sonde facilement; la vessie contient en rétention 1.200 cc. d'urine; le méat ne donne pas de pus. Le toucher rectal montre une grosse prostate fluctuante. L'abcès prostatique est ouvert par le rectum; on fait des lavages de vessie au nitrate d'argent. Une mèche est laissée dans la cavité prostatique. A partir du 19 juin, journellement on fait de grands lavages au permanganate. Par le rectum on dilate l'orifice prostatique. 20 juin : un centimètre cube de vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur est injecté au malade. Le 21 juin : apparition de polyarthrite au niveau de la jambe droite; elle est mise en extension continue. Le 23 juin, les douleurs sont calmées. On fait à nouveau 2 cc. de vaccin antigonococcique qui provoquent une réaction locale. Le 26 juin : la plaie rectale se ferme; on ne peut plus arriver à pénétrer dans la fistule. Le 27 juin : 2 cc. de vaccin antigonococcique, réaction locale. Le 29 juin : 2 cc. de vaccin antigonococcique, provoquant une réaction locale, avec urine sanglante et cystite. Le 1^{er} juillet : 2 cc. du même vaccin, réaction générale assez faible. Les articulations de la jambe droite restent douloureuses. Le 3 juil-

let : les urines sont purulentes, la capacité vésicale atteint péniblement 250 cc. Le 4 juillet : le malade constate du sang dans ses vomissements; le soir, méloëna dans ses selles. Le 9 juillet : l'articulation de la jambe n'est plus douloureuse, on enlève la traction continue. Le 12 juillet : le membre inférieur droit présente une impotence fonctionnelle marquée qui s'accélère le 15 pour disparaître le 20 juillet.

OBSERVATION IV

Al... (Charles), 23 ans, maçon; entre le 17 juillet 1923 pour blennorrhagie contractée deux mois auparavant. Le résidu vésical atteint 750 cc. Le 15 janvier : réaction du côté de la prostate (le résidu vésical est de 150 gr.). Il s'agit d'une prostatite sans abcès. On sent au toucher un endroit mou, il n'existe pas de collection; la prostate est très volumineuse, lisse, régulière, avec un point ramolli. Le 16 janvier, le résidu est de 110 gr. Le 19 janvier, pas de résidu. Le 22 janvier, pas de résidu. La prostate diminue légèrement de volume. Le 24 janvier, le malade quitte le service; la prostate a beaucoup diminué de volume, il n'y a plus de résidu.

OBSERVATION V

A..., 20 ans, plongeur; entre le 29 novembre 1923; blennorrhagie aiguë en 1921, fut soigné par des piqûres. La guérison apparente est complète. Le 20 novembre 1923, il entre au service du professeur Simon, pour fièvre et troubles gastro-intestinaux; avant d'aller à la selle et au moment de la défécation il ressent des douleurs dans les flancs; quelques jours plus tard, les douleurs cessent. Le 28 novembre, il est en rétention pendant la journée et toute la nuit, le malade ne va pas à la selle; depuis trois jours il ne mange pas. Le 29 novembre, il arrive en rétention aiguë. On

Le sonde à 8 h. 30 et on retire un litre et demi d'urine claire. On explore le canal. Il est râpeux; on trouve un léger rétrécissement en avant du sphincter strié. Au toucher rectal : prostate volumineuse, dont le lobe droit est très gros, arrondi, débordant de la ligne médiane. Le 30 novembre, on incise l'abcès au bistouri (abcès du lobe droit) par la voie rectale. Il s'écoule un pus louable. On met une mèche iodoformée; le 1^{er} décembre, la mèche n'est pas tombée, on la laisse. Le 3 décembre, on retire la mèche. Les 4, 5, 6, 7 décembre, on passe le doigt dans la boutonnière. Le 8 décembre, incomplètement guéri et sans vouloir qu'on l'examine à nouveau, le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION VI

F..., entre le 15 juin 1924; a eu une blennorrhagie il y a un mois et demi et fut soigné par de grands lavages au permanganate. Depuis 10 jours, ressent de la gêne à la miction. Il y a quatre jours le malade entre en rétention complète; le médecin pratique trois sondages. Il s'écoule encore du pus par le canal. Toucher rectal : prostate ramollie avec un point fluctuant sur la ligne médiane. Après anesthésie au chlorure d'éthyle, on incise au bistouri la muqueuse rectale; il s'écoule du pus assez épais. On introduit l'extrémité de l'index dans la cavité de l'abcès; on ne pratique pas de drainage. Quelques massages de prostate. Le 26 juin, les suites opératoires sont normales, le malade sort.

OBSERVATION VII

S..., employé de contributions, 56 ans; entre dans le service le 15 janvier 1925. Après plusieurs blennorrhagies, il fut opéré d'urétrotomie en 1913. Se fait dilater régulièrement. Urine une fois la nuit depuis deux à trois ans. Brusquement, le 24 décembre, le malade a des frissons et des

poussées vers le rectum; il urine avec difficulté mais spontanément; les urines sont troubles. Le 9 janvier 1925, toucher rectal : prostate volumineuse, arrondie, fluctuante, bombant dans le rectum. L'abcès prostatique est ouvert par voie rectale. Le 7 octobre 1925, le malade vient se faire dilater; il aurait fait un abcès qui se serait ouvert quelque temps après dans le rectum. Les urines sont un peu troubles, le résidu de 100 gr. Toucher rectal : périprostatite avec sillon médian, probablement siège de l'abcès. Instillations. Le 13 décembre 1926, le malade est de nouveau hospitalisé pour rétention d'urine. Depuis novembre 1926, le malade présente de la pollakiurie; il urine toutes les cinq minutes une goutte avec beaucoup de difficulté. Le malade vient consulter le 2 décembre: la rétention est de 300 gr. Toucher rectal : prostate petite, scléreuse, sucre dans les urines et régime à suivre.

OBSERVATION VIII

F..., employé de chemin de fer, âgé de 36 ans; entre dans le service le 2 novembre 1925. Blennorragie il y a deux ans, soignée pendant un an par des lavages. Il y a un mois, il présente un nouvel écoulement, peu abondant, sous forme de goutte sourdant de temps à autre du méat. Depuis huit jours, il ressent des douleurs sourdes de la région périnéale exaspérées au moment des selles. Les urines sont troubles, purulentes, pas de résidu. Toucher rectal : prostate assez volumineuse avec collection purulente; après le toucher, une quantité assez considérable de pus s'écoule par l'urètre. Après dilatation de l'anus, on incise la paroi antérieure du rectum, au niveau de la collection. Celui-ci s'était vidé en grande partie par l'urètre; il ne s'écoule plus que quelques grumeaux de pus. On met une mèche de drainage. Le 4 novembre, on enlève la mèche; il s'écoule encore du pus

par l'urètre. Le 6 novembre, léger massage de la prostate. Lavages. On fait chaque jour du vaccin antistaphylococcique. Le malade sort le 12 novembre 1925.

OBSERVATION IX

P... (Louis), ouvrier de filature, 39 ans; entre au service en mai 1925. Blennorragie il y a cinq ans, avec écoulement au bout de huit jours; il s'est soigné avec de petites injections de permanganate pendant un mois, sans résultat; a pris ensuite des pilules; a toujours conservé un écoulement et a fait de la prostatite il y a deux ans, pour laquelle il a été soigné à Cochon par des massages; a conservé un peu de prostatite chronique. Au début de mai 1925, le malade commence à éprouver des difficultés à uriner; il va difficilement à la selle. Toucher rectal : prostate très grosse, saillante dans le rectum, très douloureuse, uniformément dure. Lavements chauds et suppositoires à l'onguent belladonné. Le 16 mai, on croit sentir un point fluctuant; on incise. Il ne s'écoule pas de pus, mais du sang. On met en place une petite mèche. 18 mai : on retire la mèche. L'incision n'a soulagé le malade que pendant deux jours. Nouvelles difficultés pour uriner et aller à la selle. Lavements très chauds. 11 juin : prostate très diminuée de volume. Le malade n'a plus de difficulté pour uriner et aller à la selle. Pendant 15 jours, suppositoires à l'onguent napolitain et lavements chauds. 15 mai: petite prostate étalée en largeur, non douloureuse, bords un peu durs; lavements chauds.

OBSERVATION X

L..., entre à l'hôpital le 2 mai 1926. Blennorragie à 20 ans; pas d'écoulement clinique. Il y a trois ans, a eu un abcès de la prostate qui s'est ouvert spontanément dans le rectum. Le 10 mai 1926, le malade présente des frissons, des mic-

tions difficiles, des urines troubles; puis, brusquement, entre en rétention complète. Pendant huit jours, deux sondages quotidiens; la miction spontanée se rétablit; il s'écoule beaucoup de pus par l'urètre; entre temps, le genou droit, douloureux, commence à augmenter de volume. Au palper, on sent une masse résistante, avec choc. On évacue par ponction 150 cc. de liquide semi-purulent, jaunâtre. On met la jambe en rectitude dans une gouttière. Toucher rectal : grosse prostate molle avec zones déprimées, indiquant des collections en partie vidées. Le 4 juillet : vaccin anti-staphylococcique et antigonococcique. Le 8 juillet : toucher rectal; prostate très molle, avec un point fluctuant sur le lobe médian, mais en position inclinée; on ne retrouve plus le point fluctuant; on remet l'incision à plus tard. Vaccin antigonococcique et antistaphylococcique. Le 12 juillet : toucher rectal; prostate toujours très molle. Il ne s'écoule plus de pus par l'urètre, la température a cédé. Un peu de liquide dans le genou, mais ne nécessitant pas de ponction. On continue l'immobilisation. Le 15 juillet : prostate normale. Les urines sont claires. On a pratiqué presque journellement des instillations. Actuellement, le malade vide bien sa vessie. Le genou droit est toujours gros. Grosse atrophie de la jambe et de la cuisse. On n'a pas conseillé la mobilisation active, un petit essai ayant amené immédiatement de la température.

OBSERVATION XI

L..., 31 ans; entre le 17 décembre au service. Le malade est envoyé pour abcès de la prostate. Le début remonte au 2 décembre 1927. Il présente des épreintes, du ténesme et de la rétention d'urine. Le médecin traitant diagnostique un petit abcès de la prostate qui se vida dans la nuit avant l'arrivée du malade à l'hôpital. Le 17 décembre, le toucher rectal montre une prostate normale. Le 23 décembre, nou-

veau toucher; la prostate se montre augmentée de volume et douloureuse; il n'y a pas de fluctuation. Le 24 décembre, le toucher est très douloureux; on ne sent pas de fluctuation. Le 26 décembre 1927, l'abcès bombe dans le rectum. Après anesthésie générale, on fait une incision. Puis une mèche est laissée dans la cavité. Une compresse rectale est retirée le soir. Les suites opératoires sont normales. On pratique quelques massages.

OBSERVATION XII

V..., 25 ans; entre le 11 février 1927. Première blennorragie en 1921, qui a duré trois mois. Depuis cette date, huit nouvelles. Le 6 janvier, nouvel écoulement traité par des lavages au permanganate, deux injections par jour pendant quinze jours, puis par des injections à l'oxycyanure. Il urine souvent, sans grande douleur. Un autre médecin pense à un abcès prostatique, fait cesser les lavages et donne de l'urotropine, du bleu de méthylène et du salol. Les difficultés d'uriner augmentent. Le 10 février, suppositoire à base de morphine, cocaïne et belladone. Après la mise en place d'un suppositoire, le malade entre en rétention complète. On le sonde le 11 février; les urines sont un peu troubles. Il entre en rétention complète. Le sondage retire des urines purulentes. Au toucher, on trouve une prostate volumineuse. Il semble qu'on sente un point fluctuant. Le malade une fois endormi est mis en position pour ouvrir l'abcès par le rectum. Le 12 février, le malade urine spontanément, de même que les jours suivants. Le 21 février, le malade vide sa vessie. La prostate est encore grossie, mais a diminué considérablement de volume. Le 22 février, le malade quitte l'hôpital; il fera de petits lavements chauds et continuera les grands lavages.

OBSERVATION XIII

R... (José), 35 ans; entre le 18 janvier 1927; n'a pas eu de blennorrhagie et tousse fréquemment en ce moment. Au début de janvier, fut frappé de rétention brusque. Dans la suite, le malade a encore plusieurs rétentions séparées par des intervalles pendant lesquels il urine spontanément, mais les mictions sont douloureuses. A l'examen : des urines un peu troubles avec un résidu de 100 gr. Le 21 janvier 1927 : lobe gauche très volumineux et tendu. Le 22 janvier, le résidu vésical est de 20 gr.; le malade urine difficilement et cinq à six fois par nuit. Le 24 janvier : la prostate semble très repoussée à droite par une masse venant du côté gauche. A gauche, aucun sillon ne sépare la masse du bassin. A droite, au contraire, il y a un sillon très net. On pense à un ostéosarcome du bassin repoussant la prostate du côté droit. Le 31 janvier 1927, pas de résidu vésical. Toucher rectal : plaque de blindage en avant du rectum, aussi bien développé à droite qu'à gauche. Ce développement paraît trop rapide pour qu'on l'attribue à celui d'une tumeur. On pense à un phlegmon ligneux. B. W. négatif. Le 8 février 1927, toucher rectal : point ramolli vers le sommet de la prostate, faisant saillie dans le rectum et du volume d'une noisette. Le 9 février : incision au niveau de ce point; il s'écoule une très petite quantité de pus épais. La cavité admet à peine le bout de l'index; un petit nettoyage de cette loge ne ramène pas grand'chose. On place une petite mèche et l'on pense à un néoplasme ou à un abcès bacillaire. Le 20 février, au toucher, on sent une périprostatite intense. La masse se perfore sur la paroi du bassin : il s'agit d'une inflammation chronique d'un abcès de la prostate. Le malade vide sa vessie et quitte l'hôpital.

OBSERVATION XIV

N... (Léon), 46 ans; entre le 11 mars 1929. Depuis le 5 février, le malade a des douleurs lombaires et de la dysurie, mais ses urines sont claires. Le traitement médicamenteux l'a amélioré quand, le 5 mars, il est frappé de rétention complète; puis, brusquement, il se produit une émission d'urines très purulentes, avec des peaux. Depuis, le malade conserve de la cystite avec une dysurie très marquée. Au toucher rectal, à gauche, on sent au pôle supérieur de la prostate une dépression à bords durs, comme un abcès vide. Au cystoscope, on ne voit pas d'ouverture vésicale de l'abcès. Le 18 mars 1929, les urines sont claires, la prostate a beaucoup diminué, la vessie se vide bien.

OBSERVATION XV

L..., 31 ans, employé de chemin de fer; entre le 16 janvier 1928. Jusqu'au 11 janvier, le malade n'a pas présenté de symptômes urinaires; mais, à cette date, il est atteint de rétention qui nécessite un sondage. Les jours suivants, il urine bien, puis doit être à nouveau sondé le 16. Depuis le 15 janvier, le malade se plaint de pesanteur au niveau de la région périnéale. Un explorateur 22 passe bien. Au toucher rectal : on trouve un abcès fluctuant du lobe droit de la prostate. On fait une incision sous anesthésie générale. Un drainage est pratiqué par l'urètre. Le 23 janvier 1928, on trouve un nouvel abcès du lobe gauche que l'on incise sous anesthésie générale; du pus sort abondamment par la plaie.

OBSERVATION XVI

V... (Paul), 29 ans, commis-voyageur; entre le 13 octobre 1929. A eu une blennorrhagie, il y a un mois; il entre avec une forte dysurie, en rétention presque complète, et avec un

gros lobe vésical. Un sondage donne environ un litre d'urine trouble. La sonde passe facilement; elle est douloureuse au niveau de la prostate. Toucher rectal : prostate tuméfiée, molle, fluctuante, surtout à droite, et très douloureuse. Instillations. Le 14 octobre : nouveau sondage, qui permet d'évacuer un litre d'urine. Du pus s'écoule par le méat et par l'anus. Toucher rectal : même fluctuation à droite. L'abcès ne peut être incisé; la valve placée, on ne perçoit plus la tuméfaction. Du pus s'écoule encore par l'anus. Le 15 novembre 1929, le malade urine spontanément, ne souffre plus; du pus sort par l'urètre. Le 16 novembre 1929, on fait du vaccin antigonococcique et de grands lavages au permanganate. Le massage produit un écoulement de pus par l'urètre. La masse fluctuante prostatique se perçoit moins bien au toucher.

OBSERVATION XVII

F..., entre au service le 22 novembre 1929. Il a eu une blennorrhagie cinq ans auparavant. Il contracte une nouvelle blennorrhagie il y a trois semaines, qui ne coule plus depuis quinze jours. Depuis trois semaines environ, il présente une petite tumeur périnéale à droite du bulbe urétral, douloureuse souvent dans la position assise et de consistance dure. La peau est rouge; on ne trouve pas de fluctuation. Le malade entre avec le diagnostic de cowpérite. Il est porteur aussi d'une fistule anale extra-sphinctérienne borgne externe. On incise la tumeur à 2 centimètres de la ligne médiane. Un flot de pus grisâtre, grumelleux, d'aspect froid, s'échappe. On place une mèche de drainage.

OBSERVATION XVIII

C... (Ad.), 45 ans; entre le 17 novembre 1930. Diagnostic d'entrée : diabétique, abcès de la prostate. Ce malade sait depuis au moins deux mois qu'il est diabétique. Il éprouve

des gênes dans la miction depuis cinq jours. Le 16, dans la soirée, on a été contraint de le sonder. Rétention le 17 au matin : 1.200 gr. Au toucher, grosse prostate molle, peut-être abcès au début. Le 18, on constate au toucher une masse qui occupe tout le lobe gauche. Le long du bulbe, on note deux abcès indépendants périurétraux. Incision rectale de l'abcès périprostatique. Incision périnéale des deux abcès périurétraux. On force la dose d'insuline. Le 22, on retire la mèche de l'abcès anal par voie rectale; la température baisse aussitôt. Le 4 décembre, on note une orchépididymite gauche; malgré un régime, le sucre subsiste, mais le 5, il tombe à 0, grâce à une boîte d'insuline active. Le 17, le malade décline, devient dyspnéique, ses jambes deviennent très enflées; on le transporte au service de M. le professeur Etienne.

OBSERVATION XIX

H..., 22 ans; entre le 12 novembre 1930. Antécédents : scarlatine au régiment, il y a deux ans et demi. Le malade nie les antécédents blennorragiques. Atteint de furonculose en février, mars et avril 1930. Aucun trouble de la miction; cependant, le 4 novembre, une miction matinale est difficile; l'urine coule, goutte à goutte, pendant 2 minutes environ. Nombreuses mictions ce jour-là. Le malade a souvent très envie d'uriner, mais ne fait que quelques gouttes. Le médecin traitant sonde facilement le malade une fois par jour, depuis le 10 novembre : urine abondante dans la vessie. Le 12 novembre, sous anesthésie générale, incision de l'abcès (lobe droit) par voie rectale, mèche iodoformée.

OBSERVATION XX

R... (Ch.), 57 ans; entre le 23 février 1930. 23 février : urines troubles, mictions douloureuses et fréquentes depuis une quinzaine de jours; mais auparavant, aucun antécédent

urinaire. Résidu vésical de 25 cc.; la capacité vésicale est réduite, aucun rétrécissement. Toucher prostatique : prostate volumineuse et ramollie à droite. La pression fait sourdre du pus par le méat urétral. Massages de prostate et lavages de vessie. Le 3 mars, une épидидymite se déclare à droite, instillations. Le 20, le massage de la prostate donne issue à quelques gouttes de pus par l'urètre; prostate toujours volumineuse à droite. Le 25, l'orchiepидидymite droite s'est développée, gros œdème des bourses. On incise : quelques gouttes de pus très épais s'échappent; on les recueille pour identification et autovaccin. Le 27, grosse funiculite. Le testicule paraît également tuméfié, infiltré. *Castration unilatérale droite*. Le testicule est englobé au milieu de tissus épaissis, adhérents et suppurés. Excision de tout le paquet (testicule et épидидyme), en ligaturant le cordon très épaissi. A la coupe, le testicule n'est pas malade, mais englobé de toutes parts de tissus infiltrés et suppurés. Le 3 avril, auto-vaccin.

OBSERVATION XXI

C... (Al.), 52 ans; entre le 9 mars 1930. A eu une blennorragie en 1916. Il a de la furonculose récidivant tous les ans. Depuis un mois, il éprouve des difficultés d'uriner, avec mictions fréquentes et douloureuses; les urines sont très troubles, douloureuses et épaisses. Actuellement, il urine trois fois la nuit, toutes les deux heures dans la journée. A son arrivée, les urines sont encore très troubles, la sonde passe facilement, pas de résidu vésical; la prostate est tuméfiée, dure, le lobe gauche est volumineux, induré, mal limité et présente sur la partie médiane et droite adjacente une cavité vidée, donnant l'impression de peau de tambour mouillée, tendue sur un cadre rigide. Le malade a quelquefois des difficultés énormes pour déféquer; il a comme un bouchon dans le rectum (sensations de plénitude, fausses

envies d'aller à la selle). Le malade a eu des furoncles dans la nuque en février. Traitement : massages de prostate quotidiens et lavages de vessie au nitrate.

OBSERVATION XXII

B... (R.), 25 ans; entre le 24 septembre 1931. Antécédents: le malade a eu en 1928 une blennorragie soignée au service de dermatologie, et, en janvier 1931, une dernière blennorragie soignée également au service de dermatologie. A la date du 29 septembre, le malade ressent des douleurs vives au niveau du fondement; ses urines sont très troubles et révèlent à l'examen de nombreux polynucléaires et de nombreux gonocoques extra et intra-cellulaires. Traitement: on se contente de massages de la prostate.

OBSERVATION XXIII

H... (R.), 35 ans; entre le 23 juin 1931. Il avait présenté, le 17 avril, une orchépididymite suppurée très douloureuse. Il est opéré le 24 mai en chirurgie; un drainage est effectué avec un drain en caoutchouc qui est laissé en place 6 jours; la plaie opératoire continue à suppurer assez abondamment. Le 19 juin, il fait une poussée de fièvre et, le lendemain, se plaint de troubles à la miction, mictions fréquentes et douloureuses. Toucher rectal : prostate fluctuante, surtout à gauche; le 21, les urines deviennent sales. L'abcès s'ouvre spontanément dans la vessie. A l'examen, important décollement sous-cutané de la plaie opératoire (castration gauche); on y place un drain. Le 26 juin : orchite dans le testicule restant. Le 5 juillet : incision de l'orchite droite; on laisse une mèche. Le 17, le 25 et le 25 juillet : injection de 20 cc. de sérum de Vincent. Le 29, une crise d'urticaire

aiguë. Enfin, le 7 août, on constate de grosses améliorations; les urines sont plus claires, la prostate a beaucoup diminué de volume. Le malade sort et reviendra faire quelques massages prostatiques.

OBSERVATION XXIV

P..., 70 ans; entre le 7 mai 1931. Depuis cinq semaines, a de grosses difficultés pour uriner. On sonde le malade depuis trois jours, toute miction spontanée étant impossible. La rétention devient complète. La sonde 20 passe très bien. Les urines sont claires. La prostate est petite, très molle, fluctuante, abcédée. Dans l'aîne gauche, on trouve un paquet ganglionnaire, mobile, un peu induré. On pratique une incision sous anesthésie générale. Le pus s'écoule en abondance. On place une mèche; le soir, une hémorragie abondante se produit de la valeur de 1.000 cc., commandant un nouveau tamponnement. Le 12 mai, on retire la mèche.

OBSERVATION XXV

G... (Stéphan), 37 ans, manucure; entre au service le 8 juillet 1931. Le malade présente sur les avant-bras des cicatrices nombreuses d'anciens furoncles, mais il n'a pas eu de furoncles récemment. Il y a un mois, s'est plaint de pesanteur au niveau du bas-ventre et de sensation de brûlures en urinant. Il est difficile de faire dire au malade si, oui ou non, il a eu une blennorragie. Il semble que depuis longtemps il présentait une goutte d'urétrite chronique. Les défécations sont très douloureuses. Au toucher rectal, on trouve un abcès de la prostate manifeste au niveau du lobe droit. Le 10 juillet 1931, on fait une incision par voie rectale et l'on place une mèche. Le 17 juillet, il se produit un écoulement de pus par l'urètre. On fait de la vaccinothérapie antistaphylococcique et des massages de la prostate.

OBSERVATION XXVI

S... (Victor), 65 ans, cordonnier; entre le 20 avril 1933, Il y a quinze jours, le malade a remarqué qu'une goutte apparaissait au méat, au moment de la défécation. Il y a huit jours, le malade ne put uriner. Il va consulter un médecin qui le sonde et constate qu'il s'agit d'une prostate avec menace d'abcès. Le malade entre au service, en rétention, avec une prostate volumineuse, douloureuse, bombant dans le rectum. Il s'agit d'un abcès qui est incisé le lendemain, 21 avril 1933; ouverture de l'abcès prostatique par voie rectale, après dilatation de l'anus et anesthésie au chlorure d'éthyle. Et l'on place ensuite une mèche iodoformée.

OBSERVATION XXVII

L... (François), 64 ans; entre le 28 juin 1932. Il est pris brusquement de douleurs et d'épreintes rectales violentes; le toucher rectal montre un abcès de la prostate dont il sort du pus. Le malade se relève une fois par nuit et toutes les quatre heures dans la journée. Il est obligé de pousser pour uriner. Le 29 juin, toucher rectal : prostate ramollie avec une cavité comme il s'en produit après l'évacuation d'un abcès. Les urines prélevées à la sonde sont troubles, chargées de longs filaments. La rétention est de 90 gr. Le 4 juillet : urines franchement purulentes. Le toucher rectal est douloureux : la cavité de l'abcès subsiste. Le 20 juillet : la cavité de l'abcès s'est comblée, on sent encore un peu d'induration à ce niveau. Les urines sont redevenues claires; évacuation vésicale complète. Le malade repart chez lui. Le 25 octobre 1937, en rétention complète depuis huit jours, il a été sondé par son médecin; depuis deux jours ses urines renferment une assez grande proportion de sang et cette hématurie amène le malade à l'hôpital. Au toucher rectal, on trouve une énorme prostate œdémateuse. Au cystoscope, vessie un peu rouge, mais pas de tumeur.

OBSERVATION XXVIII

C... (Auguste), 61 ans, débardeur; entre le 3 avril 1932. A 20 ans, blennorrhagie traitée par lavages. Le 27 mars 1932, brusquement une rétention d'urine se constitue, le cathétérisme donne issue à du pus. Le toucher rectal fait sortir par l'urètre une forte quantité de pus, confirmant l'existence d'un abcès de la prostate. Le toucher rectal montre, le 3 avril 1932, une prostate fluctuante; les urines sont purulentes. On incise la collection prostatique, le pus est prélevé avec les précautions d'usage en vue d'un auto-vaccin. Mèche iodoformée. Sonde urétrale à demeure. Lavages vésicaux au nitrate. Au dire du malade, aucun antécédent de grippe, de furonculose ou de suppuration quelconque, avant la constitution de cet abcès prostatique révélée par une rétention d'urine et fistulisée dans l'urètre. Le 6 avril 1932, on fait un auto-vaccin, l'examen ayant montré l'existence de staphylocoques. Le 8 avril, réaction de type urticarien. Le 26 avril, ablation de la sonde à demeure. Le 28 avril, tout semble cicatrisé; ni les gaz, ni les matières ne passent par la vessie; quelques lavages à petits coups pour éviter la réouverture de la fistule.

OBSERVATION XXIX

S..., 35 ans, électricien; entre le 17 juillet 1932. Quatre jours après le début d'un écoulement urétral, apparaissent des phénomènes de dysurie; les mictions sont de plus en plus pénibles. Le malade urine toutes les dix minutes, puis fait une rétention aiguë et entre à l'hôpital. 17 juillet 1932: grosse rétention de 1.200 gr. dans la vessie. Le toucher rectal montre une prostate indurée, surtout du côté gauche; il n'y a pas de points ramollis; le malade se plaint de douleurs rectales en allant à la selle. A partir du 18 juillet 1932, sondages quotidiens suivis d'instillations au nitrate d'argent et de petits lavements chauds. Le 20 juillet 1932,

toucher rectal : la prostate a beaucoup diminué, elle est redevenue souple. Mais le malade n'urine toujours pas; on est obligé de le sonder. Lavements chauds et suppositoires à l'onguent napolitain. Le 2 août, l'abcès prostatique s'est vidé les jours précédents et les urines ont été fortement chargées. Elles s'éclaircissent; le malade urine spontanément et vide bien sa vessie. Il quitte l'hôpital.

OBSERVATION XXX

H..., 32 ans, manœuvre; entre le 5 avril 1932. Il y a quatre semaines, fait une urétrite gonococcique. Il y a trois semaines, apparition de douleurs au fondement empêchant le malade de marcher, de s'asseoir dans son lit. Pendant une semaine, les accidents ont disparu pour reprendre ensuite. Ces douleurs violentes, surtout en allant à la selle, irradient vers le coccyx, les plis inguinaux et les membres inférieurs. Le 3 avril 1932, apparition d'une goutte urétrale; on fait un prélèvement. Toucher rectal : existence d'une grosse fluctuation au niveau du lobe médian et de la partie gauche de la prostate. Les lavements laudanisés chauds prescrits semblent avoir facilité la collection. Sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle, on incise l'abcès; il s'écoule une abondante quantité de pus. Méchage et drain de caoutchouc. 10 avril 1932 : l'abcès s'est bien drainé. La prostate est encore un peu douloureuse au toucher rectal. On continue les lavages au permanganate.

OBSERVATION XXXI

H... (Louis), 49 ans; entre le 6 février 1934. Depuis dix jours, urines purulentes, douloureuses à la miction; les phénomènes s'accroissent de plus en plus. Urines purulentes, le pus s'écoule de l'urètre. Toucher : très grosse prostate douloureuse, avec point fluctuant dépressible; du pus

s'écoule de l'urètre à la pression de la prostate. Le malade présente de plus des difficultés d'uriner et ne vide pas sa vessie. *Cystoscopie* : cystite banale, vessie rouge, cellulés à colonne. 7 février 1932 : Anesthésie générale au balsoforme; valve dans le rectum; on incise avec un bistouri la paroi de la collection dont il ne s'écoule plus de pus. Mèche iodoformée en place.

OBSERVATION XXXII

G... (Paul); entre le 28 mai 1936. Il y a deux ans, blennorragie guérie actuellement. Il y a un mois, le malade fait une chute à califourchon et se blesse au périnée. Trois jours après ce traumatisme, le malade ressent une pesanteur périnéale de plus en plus vive, qui devient bientôt une douleur violente. Température à 38°5, 39°; apparition de douleurs à la défécation, difficultés pour s'asseoir. Le malade vient au service le 20 mai. Toucher rectal : grosse prostate douloureuse et fluctuante. Le 28 mai 1936, sous anesthésie générale on ouvre l'abcès prostatique par voie rectale. Un drain. Il s'écoule une énorme quantité de pus fétide verdâtre. Le malade va bien postérieurement. Les jours qui suivent, on continue par le toucher rectal à vider au doigt la cavité de l'abcès. Le malade quitte le service le 8 juin, en bonne santé. Le 8 juin 1937, revient; légère difficulté pour uriner. Prostate souple, rétrécissement large (22 Beniqué), dilatation.

OBSERVATION XXXIII

R..., 24 ans; entre au service le 20 juillet.

En mai 1936, le malade est soigné pour un furoncle du conduit auditif. Aucun autre antécédent. Depuis dix jours, le malade se sent affaibli. Le soir, la température monte jusqu'à 39°6. Il est obligé de s'aliter. L'attention est attirée par des rétentions d'urine.

Le médecin envoie le malade au service. Urines foncées et troubles. On sonde la vessie et on constate qu'il existe un résidu d'une centaine de grammes d'urine claire. Toucher rectal : abcès de la prostate fluctuant, gros comme une grosse noix. Le 1^{er} août : incision de l'abcès sous anesthésie générale. On met une mèche dans l'incision.

OBSERVATION XXXIV

R... (Humbert), 26 ans; entre le 26 août 1936. Il y a huit jours, le malade a commencé à ressentir une légère pesanteur périnéale, augmentée dans la station assise et au moment de la défécation. En outre, apparition de légères douleurs lombaires et de malaises gastriques, mais pas de fièvre. On sonde le malade; les premières gouttes d'urine sont chargées de filaments et de placards muco-purulents, semblant venir de l'urètre prostatique. Le malade nie avoir eu la blennorragie. Toucher rectal : prostate légèrement augmentée de volume et douloureuse au toucher. Traitement : lavements chauds, suppositoires de Guyon, instillations de nitrate.

OBSERVATION XXXV

T... (Constant), 54 ans; entre le 11 mars 1936. Réformé à 100 p. 100 pour bacillose pulmonaire. Présence de B. K. dans les crachats. Il y a un mois, le malade a présenté une forte grippe, le malade étant toujours fébricitant, ressent une douleur périnéale, du type lancinant, qui s'exagère à la défécation. Puis le malade a présenté des phénomènes de cystite, urine à chaque heure de la journée et se relève fréquemment (7 à 8 fois) la nuit. Après chaque miction, le malade ressent des brûlures le long de l'urètre. Les urines deviennent purulentes et une goutte de pus apparaît sou-

vent au méat. Le malade suit un traitement à base de bleu de méthylène, qui reste inopérant. 22 mai 1936 : urines purulentes. Cystoscopie : pas de lésions ulcéreuses vésicales. La base postérieure du col vésical est saillante, avec présence de quelques petits points blanchâtres. Toucher rectal : la prostate est ramollie en certains endroits, dure en d'autres. Le massage ramène un liquide trouble. On continue les massages avec lavages de vessie. Le malade quitte le service bien amélioré; les urines sont presque claires.

OBSERVATION XXXVI

J... (Léon), 38 ans; entre le 1^{er} mai 1936. Il y a trois ans, le malade a fait une congestion pulmonaire qui a traîné; tousse tous les hivers. Le malade accuse un amaigrissement, depuis huit jours, de 3 kilogr. Appétit conservé. Il y a trois semaines, a commencé par présenter des phénomènes de cystite. Il urine toutes les demi-heures au courant de la journée, se relève sept à huit fois par nuit. Les phénomènes de cystite sont allés en s'accroissant jusqu'alors. Actuellement, présente de la fièvre le soir. 2 mai 1936 : urines presque claires. Pas de rétrécissement urétral. La région du trigone est *rouge, œdémateuse*. Les orifices urétéraux ne semblent rien présenter. La prostate est très grosse, elle n'est pas dure ni fluctuante, elle a une consistance élastique : donc, *prostatite* aiguë. Les jours suivants, le malade ressent de vraies douleurs périnéales et de la fièvre. 6 mai 1936 : urines purulentes, dépôt très abondant; fièvre persistante. 7 mai 1936 : toucher rectal; prostate peu volumineuse, mais très douloureuse au toucher. *Cystoscopie* : au niveau du bas-fond, œdème bulleux qui cache en partie un orifice cratériforme d'où sort du pus. L'abcès prostatique s'est ouvert dans la vessie. Lavages de vessie au nitrate. Vaccin anti-staphylococcique. Le malade quitte le service bien amélioré, le 20 mai.

OBSERVATION XXXVII

C... (Edmond), 26 ans; entre le 20 mai 1938. N'a jamais eu de blennorrhagie. Sans cause apparente, le malade présente de la dysurie, les douleurs et les difficultés d'uriner se font de plus en plus vives. On décide de sonder le malade à Longwy. Mais la sonde casse, on doit faire une incision de la verge. Le malade est transféré à Nancy. Le 23 mai 1938, incision de l'abcès par le rectum. Issue d'une grande quantité de pus. Bonne suite opératoire.

OBSERVATION XXXVIII

H..., entre au service le 18 décembre 1937. Hospitalisé au service de médecine pour intoxication oxycarbonée et furonculose. Depuis quelques jours, se plaint de douleurs en urinant. Entre en rétention aiguë. Au toucher, on note une prostate douloureuse. Le malade est transporté au service. L'abcès s'est rompu dans l'urètre; une émission fortement purulente s'ensuit. Au toucher rectal, la prostate a diminué de volume et on fait sourdre du pus au méat en pressant sur la prostate. On place une sonde à demeure. Le 23 décembre 1937, la température monte à 40°, cependant on ne note pas de modification de la prostate. L'état général est toujours grave. Le malade délire. Il est transféré au service des contagieux pour septicémie.

OBSERVATION XXXIX

B... (André), 28 ans; entre le 29 octobre 1937. A la suite d'une néphrite aiguë, conserve un peu d'albuminurie. Depuis trois semaines, il existe un écoulement purulent urétral accompagné de vives douleurs à la miction; il entre au service pour faire examiner sa goutte matinale. Le 30 octobre 1937, le toucher rectal montre une grosse pros-

tate, molle, douloureuse. Pas de points fluctuants. Le 2 novembre 1937, en rétention depuis trois jours, il est sondé très souvent. Le 3 novembre 1937, toucher rectal, grosse prostate congestionnée. Le 6 novembre 1937, incision de l'abcès. Il s'écoule un peu de pus par la plaie. On met une mèche qu'on enlève au bout de 4 jours.

OBSERVATION XL

R... (Paul), 55 ans; entre le 9 octobre 1937. Depuis quelques jours, difficultés d'uriner, température élevée, frissons et douleurs à la miction. 2 septembre : toucher rectal; petite prostate creuse, le malade a dû faire un abcès de la prostate, qui s'est ouvert dans la vessie, a fait plusieurs furoncles de la cuisse droite, dont un n'est pas encore ouvert; aussi l'incise-t-on. Sondé, le malade urine et vide sa vessie. Les jours suivants, apparition d'une septicémie, puis d'un gros foyer pulmonaire avec signes liquidien discrets. Evacué sur le service de M. le professeur Hamant : décès (abcès du poumon vérifié radiologiquement). Traitement : électargol. Vaccin antistaphylococcique.

OBSERVATION XLI

G... (Raymond), 46 ans; entre le 5 juillet 1937. Nie tout antécédent blennorragique. Vers le 20 juillet 1937, le malade commence à présenter un état infectieux mal déterminé, avec douleur au niveau de la région lombaire, ballonnement de l'abdomen. Au bout de huit jours, la température atteint 40° avec sueurs, frissons. A ce moment apparaît de la difficulté d'uriner; les urines deviennent très sales, constipation et douleurs très violentes à la défécation. La température baisse légèrement, mais la douleur de la région périnéale devient constante. Est envoyé au service. A l'examen : état infectieux marqué. Au toucher rectal :

grosse prostate très douloureuse. Lobe droit fluctuant. Méat très rétréci. Rétention de 350 cc. d'urine trouble. 6 juillet: intervention, sous anesthésie générale; incision de l'abcès par voie rectale. 18 juillet, le malade urine toujours avec difficulté. Urétrotomie interne. Dilatation consécutive.

OBSERVATION XLII

H... (Victor), 60 ans, entre le 7 juillet 1937. Urétrite probablement blennorragique à l'âge de 25 ans, non traitée. Depuis neuf ans, est obligé de pousser assez longtemps pour uriner, éprouve des douleurs à la fin de la miction et constate que le jet est rétréci. Se lève plusieurs fois dans la nuit pour uriner. Les symptômes augmentent peu à peu jusqu'en mars 1937; à ce moment, ne peut uriner que très difficilement. On essaie de sonder la vessie; après plusieurs tentatives infructueuses, le malade entre en rétention complète. On pratique à ce moment une cystostomie. En mai 1937, apparition de quelques douleurs vagues au niveau de la région périnéale, puis un abondant écoulement de pus par la verge. Le 7 juin 1937, entre au service. Toucher rectal : grosse prostate présentant un point ramolli; la pression fait sourdre par l'urètre et l'orifice de taille, une grande quantité de pus. *Rétrécissement filiforme*. On met une sonde filiforme à demeure. Au bout de trois jours, urétrotomie interne; sonde 20. Il s'écoule par la sonde une grande quantité de pus. La prostate diminue de volume. L'orifice de taille se ferme peu à peu. Le malade sort le 10 juillet; l'orifice de taille est cicatrisé.

OBSERVATION XLIII

P... (Marcel), 26 ans; entre le 1^{er} mars 1937. Première blennorragie à l'âge de 18 ans. Soigné correctement. Février 1937, nouvelle blennorragie, soignée par des lavages et du vaccin. A la troisième semaine, l'écoulement se tarit, mais

apparaissent de la pesanteur au périnée, de la douleur et de la difficulté à la miction et à la défécation. Température, 38°5; état général touché. Examen : urines sales. Toucher rectal : grosse tuméfaction du lobe gauche, très douloureux. 11 mars 1937 : *incision de l'abcès par voie rectale*. Mais il ne s'écoule pas de pus, la plaie prostatique saigne abondamment, mèche. Au quatrième jour, à l'ablation de la mèche, le malade présente une violente *hémorragie par voie rectale*. On pratique un nouveau tamponnement très serré. A ce moment, le malade signale qu'il est hémophile et qu'il a déjà présenté quelques hémorragies abondantes. 20 mars : épistaxis abondant.

OBSERVATION XLIV

H... (Joseph), 39 ans; entre le 5 mai 1937. Première blennorragie à l'âge de 17 ans, soignée par quelques lavages; chancre en 1929. Le B. V. serait resté positif, malgré des soins renouvelés à différentes reprises. Le 3 février 1937, existence d'un écoulement de caractère gonococcique. Grands lavages qui influencent peu l'écoulement. Vaccination. Douleurs violentes dans la région périnéale. Défécation pénible et douloureuse. Température à 38°5. Etat infectieux marqué. L'état infectieux s'aggravant, le malade est envoyé à l'hôpital. Examen : écoulement abondant. Toucher rectal : très gros lobe droit, ramolli, fluctuant, très douloureux. 6 mars 1937 : *incision de l'abcès par voie rectale*. Il s'écoule trois cuillerées de pus. Mèche. Continuation de lavages urétraux.

CONCLUSIONS

1° C'est chez l'adulte que l'on trouve l'abcès de la prostate le plus fréquemment. L'âge des malades du service s'échelonne entre 70 ans et 20 ans, mais les trois quarts de ceux-ci n'ont pas dépassé quarante-cinq ans.

2° Qu'avons-nous trouvé dans les antécédents ? Sur 44 malades, 19 avaient eu une blennorragie, dont 8 avec rétrécissement ; 4 malades portaient des traces de furonculose.

3° Quel a été le traitement ? Le traitement par incision rectale a été employé 26 fois.

Certains auteurs rejettent le traitement par voie rectale, en prétextant les hémorragies fréquentes et d'une gravité certaine, les fistules et les infections qui se produisent dans la suite.

Or, que pouvons-nous répondre ? Sur 44 observations, il n'y a eu que deux hémorragies signalées, hémorragies très abondantes sans doute, mais l'une s'est produite chez un hémophile qui avoua avoir présenté déjà d'autres hémorragies, en particulier des épistaxis nécessitant un tamponnement antérieur.

L'autre survient chez un vieillard de 70 ans et céda au tamponnement.

Dans les deux cas, il n'y eut pas de décès.

Nous n'avons jamais trouvé de fistules; jamais il n'a été signalé qu'à la suite de l'acte opératoire l'urine se fut écoulée par la plaie.

Quant aux infections secondaires, les malades n'ont pas présenté dans la suite de pelvi-péritonite : un seul cas de phlébite a été signalé.

Comme phénomène d'infection générale, nous avons trouvé deux cas de septicémie, dont un accompagné d'un abcès métastatique du poumon, découvert après la mort du malade.

Les complications survenues sont en minorité, ce furent : 3 cas d'orchi-épididymite, dont une bilatérale; une deuxième accompagnée de funiculite et de vaginalite. Deux cas d'abcès péri-urétraux; un cas d'arthrite; un cas d'adénopathie.

Sur 44 cas, deux décès ont été signalés, mais il s'agissait, la première fois, d'un diabétique, âgé de 45 ans; cela n'est pas pour nous surprendre lorsqu'on connaît la très grande gravité des infections inflammatoires chirurgicales chez les diabétiques.

Le second décès eut lieu chez un homme atteint de septicémie; à l'autopsie, on a découvert un abcès métastatique au niveau du poumon. L'abcès prostatique peut être considéré comme un furoncle, parmi les nombreux qu'il présenta au cours de son infection septicémique.

En terminant, nous nous permettons d'insister sur les avantages de cette technique, qui s'est révélée au service de M. le professeur André, où elle fut mise en honneur, en donnant satisfaction toutes les fois qu'on eut recours à elle.

VU ET APPROUVÉ :

Nancy, le 12 juillet 1938.

Le Doyen
de la Faculté de Médecine,
L. SPILLMANN.

VU :

Nancy, le 11 juillet 1938.

Le Président de Thèse,
ANDRÉ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 13 juillet 1938.

Le Recteur de l'Académie,

BRUNTZ,

Président du Conseil de l'Université.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — De l'intervention chirurgicale dans les abcès de la prostate. Congrès d'Urologie 1907.
- ANDRÉ. — Des suppurations de la prostate. Congrès d'Urologie 1907.
- BARRINGER (B.-S.). — Une manière de guérir les abcès de la prostate (*Journal of Urology*, t. XIII, mai 1922).
- BETTOZI. — Les abcès de la prostate consécutifs à la furonculose (*Annali Italiani di Chirurgia*, Naples, 31 décembre 1924).
- BLANC (M.). — A propos de deux cas d'abcès primitifs et spontanés de la prostate (*Gazette des Sciences Médicales de Bordeaux*, n° 18, mai 1927).
- BOEMINGHAUS. — L'abcès de la prostate et son traitement (*Zentralblatt f. Chirurgie*, Leipzig, An. 63, n° 16, 18 av. 1936).
- BRAULT. — Les suppurations prostatiques à staphylocoques. Thèse Paris, 1900.
- CASARIEGO. — La prostatectomie comme traitement des rétentions d'urine dans les prostatites aiguës neissériennes (*Revista de Medicina y Cirurgia de la Habana*, t. XXXII, n° 4, 20 février 1927).
- CHAUVIN (E.). — Abcès enkystés de la loge prostatique après prostatectomie (*Marseille Médical*, 219-223, 15 novembre 1930).
- CHIANDANÒ (C.). — Abcès prostatique à la suite d'une pneumonie grippale (*Il Policlinico*, fasc. 39, 25 sep. 1922).
- DESNOS. — Encyclopédie française d'Urologie, t. VI, p. 30.
— Les abcès chauds de la prostate et du phlegmon périnéphrétique. Thèse Paris, 1880.
- DORÉ. — Abcès de la prostate consécutifs à la grippe (*Journal d'Urologie*, 1919, p. 407).

- ETHES. — Du traitement des prostatites aiguës blennorragiques. Thèse Bordeaux, 1932.
- GARNIER. — Les phlegmons prostatiques. Thèse Bordeaux, 1932.
- GOYET. — Réflexions sur quelques cas d'abcès prostatiques. XX^e Session de l'Association Française d'Urologie, Paris, octobre 1920.
- Septicémies et prostatites aiguës (*Lyon Chirurgical*, t. XXIV, n^o 5, septembre 1927).
- GRANDINEAU. — Les prostatites secondaires à la furonculose (*Strasbourg Médical*, t. I, fasc. 10, n^o 20, 20 oct. 1927).
- GUÉRIN. — Traitement opératoire des abcès chauds de la prostate. Thèse Bordeaux, 1935.
- GUIART. — Traitement des suppurations prostatiques par ponction au trocard à travers la paroi rectale suivie de lavages antiseptiques. Répertoire de Thérapeutique, Paris, 1900.
- GUILLAIN. — Contribution à l'étude du traitement des abcès prostatiques et périprostatiques par l'incision périnéale. Thèse Paris, 1885.
- GUYON. — Leçons cliniques sur les maladies de la vessie et de la prostate, 1888.
- HEMPEL (E.). — Les abcès de la prostate et leur ouverture par l'opération de Wilms (*Munch. Med. Woch.*, t. LXXXIII, n^o 51, 17 décembre 1926).
- HENRI. — Les grandes infections de la prostate. Abcès et phlegmons périprostatiques (*Le Journal Médical Français*, t. XVI, n^o 1, janv. 1927).
- HERMAN et CARP. — Abcès prostatiques (*Ann. of Surgery Philadelphia*, vol. LXXXI, n^o 6, juin 1926).
- LAFONT. — Du traitement des abcès chauds de la prostate par l'incision rectale. Thèse Paris, 1894-1895.
- LAVENANT. — Les prostatites aiguës et chroniques et leur traitement (*Journal Médical Français*, 1927, n^o 1).
- Périnéotomie, pour abcès chronique de la prostate. XXXII^e Congrès français d'Urologie, Paris, 4-8 octobre 1932 (in *Presse Médicale*, 19 octobre 1932).
- LE FUR. — Traitement opératoire des abcès de la prostate (*Paris Chirurgical*, mars-avril, 1928).

- LE FUR et LAMIAUD. — Abscès primitifs de la prostate à staphylocoques. Septicémie staphylococcique avec localisations multiples. Société Française d'Urologie, 20 juin 1932.
- LEGRAIN. — *Annales des Maladies des Organes génito-urinaires*, 1906.
- LEGUEU. — Traité chirurgical d'Urologie, 1921.
- LEGUEU et FOUQUIAN. — Traitement des abcès prostatiques par la vaccinothérapie (*Journal d'Urologie*, 11 décembre 1922).
- LEGUEU et PAPIN. — Abscès prostatique et prostatites chroniques (*Nouveau Journal de Médecine*, janvier 1921).
- LEMOINE et ISELIN. — Sur un cas d'abcès de la prostate se manifestant par des phénomènes phlegmoneux des deux creux ischio-rectaux (*Bull. et Mém. de la Soc. des Chir. de Paris*, 5 mars 1926).
- LE ROY (C.-M.). — Des suppurations locales dans l'hypertrophie prostatique (*Journal d'Urologie*, avril-mai 1927).
- MARION. — Traité d'Urologie, t. II, Paris 1920.
— Technique chirurgicale, Urologie (Maloine, Paris, 1932).
- MARTIN. — Pyohémie à staphylocoques, consécutive à un abcès de la prostate. Société Française d'Urologie, janvier 1926.
- MELLIER DE LABARTHE. — Nouvelle auto-observation d'un médecin prostatique traité par le forage de la prostate (abcès) (*Clinique Paris*, juillet 1933).
- MESSESCHMIDT et WALTER. — Bactériologie des prostatites post-blennorragiques, avec essai de traitement par les auto-vaccins (*Deutsche Med. Woch.*, 1920).
- MINDER. — Sur les abcès de la prostate (*Zeitschr. f. Urologie*, Leipzig, janvier 1928).
- MINET. — Les suppurations prostatiques et périprostatiques. Thèse Paris, 1901.
- MORELLI. — Abscès aigu non blennorragique de la prostate (*Revista Aspedaliera*, février 1913).
- NICOLICH. — *Annales des Maladies des Organes génito-urinaires*, 1906, p. 363.

- Noguès. — Abscès de la prostate. Incision périnéale. Elimination spontanée par la plaie opératoire des deux vésicules séminales. Association française d'Urologie, procès-verbal, 1903, Paris.
- Remarque sur les abcès de la prostate. Association française d'Urologie, Paris, 1907.
- Noguès, PASTEAU et MINET. — Sur le traitement des abcès de la prostate par la vaccinothérapie. Société française d'Urologie, 8 janvier 1923.
- ORAISON. — Pathogénie et traitement des abcès non tuberculeux de la prostate. XI^e session de l'Association Française d'Urologie, Paris, 1907.
- Sur le traitement des prostatites suppurées. Association française d'Urologie, 1929, observations XXIV, XXV, XXVI (*Journal d'Urologie*, 1927, t. I).
- PARIDAENS. — Rupture de l'urètre à la suite de prostatectomie, pour abcès prostatique d'origine gonococcique (*Ann. de la Société Belge de Chir.*, an. XXXIV, fév. 1927).
- PAUCHET. — Chirurgie de la prostate.
- PEDERSEN (J.). — Un cas d'infection prostatique compliquée d'ostéomyélite (*The Journal of Urology*, mai 1922).
- PÉPIN. — Des traitements des abcès non tuberculeux de la prostate, en particulier du traitement par l'incision rectale. Thèse de Paris, 1907.
- PESSIN. — Trois cas de rétention aiguë d'urine par abcès de la prostate (*Gazette Médicale de Picardie*, juillet 1930).
- ANDERS PETERSON. — Abscess of prostat (*Tr. Sect. Urol. A. M. A.*, 1928).
- PHILIP (L.). — Abscès chronique de la prostate cureté par voie endoscopique à l'électrocoagulation (*Lyon Médical*, 1922, p. 1060).
- RANDALL. — Abscès de la prostate (*An. of Surgery*, t. LXXI, février 1920).
- REVERDIN (I.-L.). — Prostatite suppurée, incision périnéale prérectale, guérison rapide (*Revue Méd. de la Suisse Romande*, Genève, 1891).
- ROMANO (T.). — Eresipela, suppuration recidivante con ascesso metastatico della prostata (*Gazz. d. osp.*, 17 janvier 1932).
- ROQUES. — Staphylococcis et abcès de la prostate. Société de Médecine Militaire franç., séance du 9 juillet 1931.

- ROUTIER. — Des abcès de la prostate et de leur traitement (*Semaine Médicale, Paris*, 1894).
- Le traitement des abcès de la prostate (*Allgemeine Wiener Medicinische Zeitung*, 1895).
- Causes et traitement des abcès chauds de la prostate (*Presse Médicale, Paris*, 1900).
- RUBRITIUS. — Wie erkennt man und wiebehandelt man den Prostata abszess (*Aerztl. Praxis.*, 15 janvier 1932).
- SAINT-CÈNE. — Les abcès chauds de la prostate au cours de l'hypertrophie prostatique. Thèse Paris, 1900.
- SARGENT (J.-C.) et IRWIN (R.). — Prostatic abscess; clinical study of 42 cases (*Amer. Journ. Surgery*, II, 334-337, feb. 1931).
- SEGOND. — Les abcès chauds de la prostate et du phlegmon périnéphrétique. Thèse Paris, 1880.
- SEMIENIAKO. — Lésions inflammatoires suppurées de la prostate (*Journ. d'Urologie*, 1931-1932).
- SCHREIBER. — Abcès prostatiques non vénériens (*Cronica Médica Mexicana*, t. XXVII, janvier 1928).
- SERRANTES (A.), MONTSERRAT (J.-L.) et GARCIA (A.-E.). — Abscesso miliar de prostata con síndrome peritoneal (*Revist. de Especialid.*, July 1931).
- SPENCER (J.-C.). — Massage bimanuel des vésicules séminales, prostatite suppurée et abcès (*The Urological and Cutaneous Review*, juin 1922).
- STEVENS (A.-R.). — Procédé du traitement des abcès de la prostate (*The Journal of Urology*, juin 1920).
- TADDEI. — L'abcès prostatique métastatique (*La Reforma Médica*, an. XLII, 22 mars 1926).
- TESTUT et JACOB. — Anatomie topographique.
- THOMPSON (G.-I.). — Treatment of chronic abscess of prostatic ducts (*Proc. staff meet Mayo Chir.*, avril 12, 1933).
- TOUPET (J.). — De l'ouverture des abcès de la prostate par voie périnéale. Thèse Paris, 1903.
- TREFOUEL (J.). — De la Chimiothérapie anti-protozoaire à la chimiothérapie antibactérienne (*Bulletin de l'Institut Pasteur*, 30 avril 1938).
-

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

Généralités sur les abcès de la prostate.

	Pages
CHAPITRE I. — <i>Rappel anatomique</i>	1
— II. — <i>Différentes formes des abcès de la prostate</i> . .	4
— III. — <i>Etiologie des abcès de la prostate</i>	7
— IV. — <i>Évolution des abcès de la prostate</i>	9
— V. — <i>Symptomatologie des abcès de la prostate</i> . .	12
— VI. — <i>Diagnostic des abcès de la prostate</i>	15

DEUXIÈME PARTIE

Traitement des abcès de la prostate.

CHAPITRE I. — <i>Traitement des prostatites. Méthode abortive.</i>	21
— II. — <i>Le massage de la prostate dans les cas d'abcès.</i>	25
— III. — <i>Traitement des abcès de la prostate. Méthode curative.</i>	27
— IV. — <i>L'incision par voie rectale comme traitement des abcès de la prostate.</i>	36

TROISIÈME PARTIE

Observations.

CONCLUSIONS.	72
BIBLIOGRAPHIE	75
